

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**PROJETO BAMBUÍ: PERCEPÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO IDOSA DA CIDADE DE BAMBUÍ.**

por

Jussara Mendonça Alvarenga

Belo Horizonte

Agosto/2014

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**PROJETO BAMBUÍ: PERCEPÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO IDOSA DA CIDADE DE BAMBUÍ.**

por

Jussara Mendonça Alvarenga

**Tese apresentada com vistas à obtenção do
título de Doutor(a) em Ciências na área de
concentração Saúde Coletiva**

**Orientação: Prof^a. Dr^a. Josélia Oliveira Araújo
Firmo**

**Co-orientação: Prof. Dr. Antônio Ignácio de
Loyola Filho**

Belo Horizonte

Agosto/2014

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

A473p Alvarenga, Jussara Mendonça.

2014

Projeto Bambuí: percepção do uso de benzodiazepínicos pela população idosa da cidade de Bambuí / Jussara Mendonça Alvarenga. – Belo Horizonte, 2011.

XIII, 62 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.:70 - 75

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Ansiedade/quimioterapia 2. Clordiazepóxido/efeitos adversos 3. Idoso/psicologia I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação) III. Loyola Filho, Antônio Ignácio de (Co-orientação).

CDD – 22. ed. – 616.852 2

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**PROJETO BAMBUÍ: PERCEPÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO IDOSA DA CIDADE DE BAMBUÍ.**

por

Jussara Mendonça Alvarenga

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (Presidente)

Prof. Dr. Érico de Castro Costa

Prof. Dr. Gil Sevalho

Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Prof. Dra: Celina Maria Modena

Suplente: Prof. Dra: Rose Ferraz Carmo

Tese defendida e aprovada em: 14/08/2014

DEDICATÓRIAS

Ao meu pai, Galeno Alvarenga, e a minha tia, Beatriz Alvarenga, pelo constante incentivo ao estudo , pelo exemplo de responsabilidade, disciplina e ética , desde os meus primeiros anos de vida. Sem eles, eu nunca teria trilhado este caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Dra Josélia Oliveira Araújo Firmo, por me aceitar e incentivar meu crescimento no laboratório e permitir que fizesse parte deste pequeno desdobramento do Projeto Bambuí;

À Professora Elizabeth Uchôa, idealizadora do projeto e sem a qual este trabalho não seria possível.

Agradeço ao Dr. Antônio Inácio de Loyola Filho pela paciência, atenção e disponibilidade sempre dispensadas quando necessário.

Agradeço à Dra Karla Giacomini pelo apoio e sugestões durante a elaboração dos dois artigos.

Ao Laboratório de Epidemiologia e Antropologia, à coordenação do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e à Secretaria de Pós-Graduação e à Biblioteca pelo auxílio nas horas necessárias ;

Aos professores da FIOCRUZ, pela atenção e dedicação dispensadas;

Aos colegas da pós- graduação por serem parceiros nesta caminhada;

À população de Bambuí/ MG pelo acolhimento em sua cidade e contribuição na realização do trabalho.

Agradeço a todos os pacientes que atendi desde o início de meu curso de medicina e que ainda hoje me fazem persistir na grande luta diária, fazendo acreditar que vale a pena este caminho.

Agradeço a toda minha família;

A minha mãe pela participação intensa em minha vida, por estar sempre disponível, me incentivando e compreendendo a falta de tempo e minha ausência durante o período em que estive envolvida neste trabalho.

A minha irmã, pela parceria única em momentos, algumas vezes tão difíceis e singulares, pela amizade e proximidade que a cada dia se torna mais forte, e cuja presença em minha vida se torna mais importante com o passar do tempo.

Ao meu cunhado Marcelo, pela amizade e parceria em tantas situações.

Ao Rodrigo Nicolato, pela companhia diária, pela paciência e apoio em todas as dificuldades, pelo apoio incondicional, pela segurança, pelo amor à profissão, por me fazer persistir quando acreditei que não chegaria a final desta difícil, mas gratificante etapa, pelo carinho e amor com meus familiares e amigos e por me fazer sentir muito mais feliz a cada dia.

Ao Bernardo Nicolato, Maria Virgínia, Alexandra, Gilberto, Pedro, Gabriel, Andréa e Glauco, membros da minha nova família, que me acolheram com muito amor e carinho.

Às minhas Tias Dulce e Moema, pelo exemplo de vida a ser sempre lembrado e seguido, pela resiliência, pela capacidade de mostrar que a vida pode ser muito boa apesar de todas as dificuldades.

Aos familiares que já se foram, mas que serão sempre lembrados pela história que deixaram e pelos valores que transmitiram: minha avó Oola, tias Eponina, Berenice e Clarice. Estarão sempre presentes comigo.

Às amigas, Ana Cristina, Beth, Enilda, Doró, e Rita pelo apoio de sempre, por colaborarem para a superação de mais uma etapa, nestes longos anos de amizade.

Aos meus vários mestres, que desde o início da formação de um modo ou de outro, fizeram-me acreditar que o que podemos transmitir no ensino vai muito além de conteúdos teóricos.

Às parceiras de consultório: Daniela Grisolia Rosa e Marta pela companhia diária e por tornar o nosso trabalho tão gratificante.

Agradeço ao Hospital Militar, pelo apoio recebido, pelo respeito, onde exerço meu trabalho com orgulho e onde a cada dia aprendo mais, tendo o reconhecimento na profissão que escolhi.

Aos colegas do Hospital Militar, que conseguem fazer o dia a dia ser leve e suave apesar de tantas dificuldades enfrentadas. Agradeço a todos em especial os parceiros do dia a dia: Priscila, Carolina, Renata, Gisela, Ana Luiza, Rodrigo Megale, Marcos Cândido e Cristiane.

Dra Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza, que exerce sua liderança com uma capacidade de respeito, organização e compreensão. Pelo exemplo de vida, amor à profissão, companheirismo e total apoio ao trabalho de nossa equipe no Hospital Militar.

Agradeço, enfim, a todos que estiveram presentes nesta etapa de minha vida. Minha gratidão e meu reconhecimento.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	XI
RESUMO.....	XII
ABSTRACT	XIII
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	22
4.1 Quadro teórico	22
4.2 Área e população de estudo	24
4.3 Coleta e análise dos dados.....	24
5 ASPECTOS ÉTICOS	26
6 RESULTADOS	27
6.1 Artigo 1.....	27
6.2 Artigo 2.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
8 ANEXOS	64
8.1 Anexo 1 Roteiro para entrevista.....	64
8.2 Anexo 2 Consentimento Pós - Informação.....	66

8.3 Anexo 3 Comprovante de aceite do artigo:'USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE IDOSOS: "NERVOSO" CONTROLADO, ALÍVIO GARANTIDO', pela Revista de Saúde Pública-USP.....	67
8.4 Anexo 4 Comprovante de recebimento do artigo pela Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.....	68
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-IVTR: Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais/Ed. revisada

ESF: Estratégia de Saúde da família

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NESPE: Núcleo de estudos em saúde pública e envelhecimento

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

O presente volume constitui requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor pelo Curso de Pós-Graduação em Ciências de Saúde, área de concentração Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Ele é constituído por dois artigos que apresentam resultados relativos a dois estudos qualitativos sobre a percepção de idosos sobre os benzodiazepínicos. Os dois artigos inserem-se em um estudo mais amplo sobre envelhecimento e saúde, o Projeto Bambuí, desenvolvido na cidade de mesmo nome, no sudoeste de Minas Gerais. Os dados analisados para produção dos dois artigos foram coletados, por meio de entrevistas não estruturadas, junto a 22 idosos não institucionalizados, residentes na cidade. O primeiro artigo, intitulado, **“Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos: nervoso controlado, alívio garantido”**, analisa as motivações apontadas pelos idosos para a utilização desta medicação, considerando questões ligadas ao processo de obtenção dessa medicação e o vínculo dos usuários com o medicamento. No segundo artigo, que intitula-se, **“Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de poder ‘jogar água no fogo’, não pensar e dormir”**, o foco da investigação é a percepção do usuário quanto ao uso de benzodiazepínico, considerando questões ligadas ao risco de desenvolvimento de dependência física e psicológica, em um cenário de uso crônico.

ABSTRACT

The present volume is a partial requirement for the degree of Doctor, Post-Graduate Health Sciences, area of concentration being the Collective Health, Research Center René Rachou, Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ). This work consists of two articles that present results of two qualitative studies, both focusing on the perception of the elderly on the use of benzodiazepine medication. The first article, entitled, "Chronic use of benzodiazepines among the elderly: controlled nervous relief granted," aimed to: describe the reasons noted by elderly people to use this medication; explore the process of getting this medication; assess the relationship of users with medicine, health care and the health service to which they belong; analyze the perception of using this drug for this population group. The second article, "Use of benzodiazepines among elderly: The relief of being able to "throw water on the fire, do not think and sleep", has investigated how the use is perceived by elderly residents in the community, due to the risk of physical and psychological dependence when these drugs are used chronically. The two articles are part of the population-based study on aging and health developed in the City of Bambuí - MG, along with 1,606 inhabitants, with 60 or more years old, and which forms the baseline of the elderly cohort design (92,2% of elderly residents in the city in January 1997), involving 22 qualitative interviews. This collection is a partial requirement for the degree of Doctor, Post-Graduate Health Sciences, Public Health Area of Concentration, Research Center René Rachou /Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ).

1 INTRODUÇÃO

O clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico sintetizado ao final da década de 1950, sendo aprovado para uso clínico em 1960. Posteriormente, vários outros medicamentos da mesma classe foram desenvolvidos e se tornaram um dos grupos de psicofármacos mais largamente utilizados em todo o mundo. Atualmente, esses medicamentos são amplamente utilizados, como monoterapia ou como adjuvante, em vários quadros psiquiátricos e clínicos como, por exemplo, transtornos afetivos e ansiosos, transtornos do sono, psicoses, abstinência alcoólica e epilepsia¹.

O uso dessa classe de medicamentos é também frequente na população idosa. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que, entre idosos, o cenário da prática de prescrição e de utilização de benzodiazepínicos difere muito das recomendações internacionalmente aceitas, sendo comum o seu uso crônico^{2,3,4}. Em razão das modificações orgânicas típicas do envelhecimento, os idosos apresentam uma maior predisposição aos efeitos adversos e à toxicidade dessas medicações, como sedação, risco de quedas, déficit cognitivo e dependência, aumentada pela sua utilização de forma inadequada ou sem o devido acompanhamento médico^{5,6,7}.

A abordagem epidemiológica tem se mostrado importante e pertinente para a avaliação da magnitude do consumo de benzodiazepínicos e para a construção de modelos explicativos para sua ocorrência (a partir da identificação das características associadas ao evento). Graças aos estudos epidemiológicos, tem sido possível identificar, em diferentes populações, o quão frequente tem sido a prescrição e consumo dos benzodiazepínicos, assim como a sua relação com efeitos indesejáveis decorrentes da sua utilização^{3,4,8,9,10}. No entanto, a investigação epidemiológica não permite identificar as motivações envolvidas nessa prática e compreender como esses medicamentos são percebidos pela população idosa que os utiliza, até mesmo em relação aos seus benefícios e possíveis efeitos indesejáveis. Tais questões são abordáveis de maneira apropriada por meio de

estudos qualitativos, que permanecem escassos no tocante à investigação desse tema.

Os poucos estudos qualitativos nacionais e internacionais existentes apontam uma tendência à minimização, ou até mesmo negação, dos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos pela população idosa usuária dessa medicação^{11,12,13,14}. Em estudo realizado no Brasil com usuários de benzodiazepínicos, todos os entrevistados negaram qualquer efeito colateral associado a esse grupo medicamentoso, mesmo quando questionados pontualmente sobre os mesmos¹¹. Entre idosos norte-americanos¹², o receio de experimentar reações desfavoráveis (medo de não conseguir dormir, de ficar ansioso ou de não conseguirem lidar com as frustrações) foi a principal razão apresentada para resistir à descontinuação da medicação em usuários crônicos. Já na Inglaterra, somente 16% dos usuários de benzodiazepínicos relataram ter experimentado algum efeito indesejável com o uso desse medicamento, e pouco mais de 3 % consideraram que esses medicamentos poderiam interferir em suas atividades diárias¹³. Idosos canadenses temiam que a interrupção de benzodiazepínicos pudesse levar a um retorno da sintomatologia ansiosa e argumentaram que em função da “idade”, os benefícios de se interromper a medicação benzodiazepínica não superariam os benefícios de mantê-la¹⁴. Entre as motivações citadas para utilização de benzodiazepínicos constam a ansiedade e também distúrbios do sono e depressão^{11,13,14,15}. A facilidade na aquisição da medicação, sem a consulta médica formal também foi citada como um incentivo ao consumo continuado de benzodiazepínicos^{11,15}.

No presente trabalho, a abordagem antropológica foi utilizada para investigar as particularidades do uso de benzodiazepínicos junto à população idosa residente na cidade de Bambuí/MG, buscando identificar as motivações que sustentam o uso crônico desses medicamentos, a maneira como são adquiridos e como essa percepção do seu consumo por idosos é mediada por questões relacionadas ao uso crônico, como o “medo de dependência” e a opinião dos integrantes do seu círculo social e familiar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A tentativa de utilização de substâncias psicoativas para se abrandar o sofrimento psíquico, como no caso da ansiedade, é comum e acompanha a humanidade desde a antiguidade¹⁶. O álcool foi uma das primeiras substâncias utilizadas para alívio da ansiedade¹⁷. No final do século XIX, além do álcool, do paraldeído e hidrato de cloral, os sais de bromo foram introduzidos na prática médica como “ansiolíticos”. No início do século 20, os primeiros derivados barbitúricos foram introduzidos na prática médica. O fenobarbital, como também outros compostos correlatos, tornou-se rapidamente o medicamento de primeira escolha no tratamento da ansiedade até o início dos anos 60, e no Brasil, até os anos 70¹⁷. Quando os benzodiazepínicos foram introduzidos na prática clínica, no início da década de 1960, essas substâncias foram excluídas da prática médica psiquiátrica, em função de seu alto potencial para dependência, abuso crescente e alta letalidade, quando utilizados em doses elevadas¹⁶.

Desde que os benzodiazepínicos foram introduzidos na prática clínica, esses vêm sendo utilizados para diversas indicações, seja como monoterapia ou como adjuvantes no tratamento de vários quadros psiquiátricos, neurológicos e clínicos, tais como transtorno da ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, depressão, insônia¹⁷. À época do seu lançamento, essas drogas representaram uma nova classe de medicamentos com um bom potencial ansiolítico, e, ao contrário das drogas que as precederam, apresentavam menores riscos de dependência, de interação medicamentosa e de morte, mesmo quando ingerido em altas doses¹⁸. Em 1966, o clordiazepóxido tornou-se a substância mais prescrita no mundo¹⁸.

Passada a euforia inicial, começaram a surgir os questionamentos relativos ao uso de benzodiazepínicos, focando especialmente a questão da dependência e o significado desses medicamentos para a comunidade¹⁹. Com o passar do tempo, foram identificados outros efeitos indesejáveis na utilização desses fármacos, tais

como risco de quedas^{20,21}, declínio cognitivo e sedação²², principalmente quando utilizados na população idosa e por tempo prolongado²³.

Estudos epidemiológicos internacionais e nacionais têm mostrado uma elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos pela população idosa. Entre idosos canadenses, a prevalência do uso de benzodiazepínicos alcançou 25,1% em 1993, reduzindo-se para 22,5% em 1998². Já entre idosos finlandeses com 75 ou mais anos de idade, os benzodiazepínicos revelaram-se os psicofármacos mais consumidos²⁴. Prevalências elevadas foram também observadas na França (31,9%)⁹ e em Taiwan (43%)²⁵. No Brasil, a prevalência de consumo de benzodiazepínicos entre idosos (≥ 60 anos) residentes em comunidade foi de 22%³, ao passo que entre aqueles atendidos em um serviço de emergência, alcançou 25%²⁶. Entre pacientes idosos com quadros psiquiátricos, a prevalência de uso de Benzodiazepínicos se mostra ainda mais elevada. Na Suécia, 60% dos idosos que apresentavam algum diagnóstico de transtorno de humor, ansiedade ou quadro psicótico, utilizavam algum tipo de medicação benzodiazepínica²⁷. Entre idosos residentes em Quebec, no Canadá, com diagnóstico de ansiedade ou depressão e acompanhados por período de 24 meses, a prevalência do uso de 5 mg de Diazepam ou equivalente atingiu 59,0%, por um tempo médio de aproximadamente um ano²⁸.

A maioria dos estudos recomenda que se evite o uso prolongado de benzodiazepínicos pelo idoso¹², pois entre outras consequências, o uso prolongado tem sido associado a algum tipo de disfunção cognitiva^{22,29}. Os idosos podem ser especialmente suscetíveis a esse efeito, já que o medicamento pode intensificar patologias preexistentes que envolvam a cognição¹⁷. A cronicidade de uso e o maior risco de apresentar interações medicamentosas levaram à inclusão dos benzodiazepínicos entre os medicamentos potencialmente inadequados para idosos³⁰. Contudo, apesar das recomendações, a utilização crônica de benzodiazepínicos entre idosos permanece muito elevada e tende a aumentar com a idade^{8,10}. No Canadá, a média de tempo de uso de benzodiazepínicos foi de 10 anos³¹, ao passo que no Brasil, encontrou-se um tempo de consumo médio de

medicamento de 16 anos, entre mulheres idosas pertencentes a classes sociais populares³². Em Bambuí dois terços dos idosos usuários de benzodiazepínicos o faziam há mais de um ano. A literatura aponta ainda que a utilização crônica tende a aumentar com a idade^{8,10}.

Uma questão fortemente ligada ao uso crônico de benzodiazepínicos é o risco de dependência. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, a dependência é caracterizada pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, decorrentes do uso continuado de uma substância, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo (DSM-IV-TR)³³. Estudos qualitativos mostram que usuários crônicos de benzodiazepínicos desenvolvem, além de uma dependência física, uma dependência psicológica, conferindo a esses medicamentos outros atributos além do efeito decorrente de sua ação farmacológica⁸. Idosos são também mais susceptíveis a desenvolver dependência física e psicológica desses medicamentos³⁴.

Voyer (2004)³⁴ critica a adoção dos critérios do DSM IV-TR utilizados na definição de dependência de outras substâncias, quando se trata de avaliar a utilização de benzodiazepínicos. Um dos critérios utilizados na caracterização de dependência de uma substância, criticados quando se trata de benzodiazepínicos, é o “aumento da dose devido à tolerância”, já que muitos idosos tendem a reduzir ou manter a dosagem de benzodiazepínico ao longo do tempo. Outro critério questionado por Voyer seria aquele que estipula que *“a pessoa demora longo tempo para obter, usar ou se recuperar do efeito da substância”*. Os benzodiazepínicos, ao contrário de outras substâncias que podem causar a dependência, como a cocaína, tendem a ser prescritos com relativa facilidade, não havendo grande dificuldade em obtê-lo. Quanto à recuperação dos efeitos da substância, usuários crônicos de benzodiazepínicos raramente preencheriam esse critério. Também não se observa em “dependentes” de benzodiazepínicos uma “redução ou abandono das atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso da substância”. Em razão disso, alguns autores preferem então utilizar a duração de uso como principal ou único indicador de dependência³⁴.

Os estudos epidemiológicos são insuficientes para fornecer uma visão mais complexa e mais aprofundada da questão do uso de benzodiazepínicos entre os idosos, o que poderia ser alcançado a partir de uma abordagem qualitativa, que complementaria os resultados dos trabalhos epidemiológicos realizados sobre esse tema³⁵. Em trabalhos qualitativos nacionais¹¹ e internacionais¹³, a maioria dos usuários de benzodiazepínicos percebe o seu uso como benéfico. Alguns efeitos desses medicamentos que justificariam essa avaliação positiva pelos usuários são a melhoria da qualidade do sono, a produção de um efeito relaxante, redução da tensão, aumento da confiança e redução da irritabilidade¹³. Idosos usuários crônicos de benzodiazepínicos também descreveram a aceitação da prescrição dessas substâncias como uma deferência aos seus médicos, em quem confiavam e percebiam como uma autoridade que conhecia suas necessidades de saúde mais que eles mesmos. Os médicos, nesse sentido, subestimavam a sua capacidade de influenciar os pacientes na utilização destas medicações. A opinião de familiares se mostrou menos importante que a opinião médica⁸. Cabe ressaltar, todavia, que essa percepção favorável sobre o uso do medicamento e o seu uso crônico não são suficientes para provocar o seu consumo em doses e frequência abusivas³⁶.

A dependência e os efeitos indesejáveis do uso crônico de benzodiazepínicos geraram a preocupação com o desenvolvimento de utilizar estratégias voltadas para a redução dessa modalidade de uso do medicamento. A conjugação de abordagens qualitativas e quantitativas foi utilizada para verificar quais seriam as características principais dos usuários crônicos de benzodiazepínicos que estariam associadas a uma maior disposição em descontinuar o uso dessas medicações. Observou-se que a ingestão diária mais frequente e a sensibilidade aumentada para ansiedade estariam associadas ao grupo de idosos que teriam menor motivação para interrupção de benzodiazepínicos. Assim, uma maior possibilidade de êxito na descontinuação da medicação estaria presente nos usuários que não apresentavam tais características³⁷. Entre finlandeses, a orientação sobre os riscos envolvidos no uso de psicofármacos em geral reduziu em 35,0% o uso regular do benzodiazepínico, contrariamente ao verificado entre os idosos que não receberam a mesma orientação³⁸. Uma meta-análise realizada em 2014 detectou que a

efetividade de retirada de benzodiazepínicos, associada à psicoterapia e intervenções posteriores, foi 5,1 vezes maior em comparação que o observado na ausência dessas intervenções³⁹. Outro estudo identificou, entre usuários crônicos de benzodiazepínicos, algumas motivações para a não interrupção da medicação: o entendimento de que a prescrição visava o tratamento de uma doença; o receio do retorno dos sintomas de ansiedade diante da suspensão do fármaco; a avaliação de que os benefícios trazidos pelo medicamento superam as desvantagens e a percepção da dependência em função de alguns sintomas de abstinência³⁴.

No Brasil, ainda são poucos os trabalhos de abordagem qualitativa voltadas para investigação do consumo de medicação benzodiazepínica. Em Ribeirão Preto/SP, entre mulheres idosas, o início do uso de benzodiazepínico se deu a partir de algum evento de vida, e a ausência do medicamento se tornava um problema quando o uso se cronificava¹⁵. Em mulheres adultas⁴⁰, o uso de benzodiazepínico objetivou reduzir a ansiedade e insônia, bem como fugir de problemas, e para a grande maioria, recorrer a um médico de referência não era necessário para obtenção da receita. Menos da metade das usuárias mencionou preocupação com riscos decorrentes do consumo de benzodiazepínicos, e quando o fizeram, as preocupações diziam respeito à dependência, a problemas de memória, redução de reflexos e prejuízo da coordenação motora. A grande maioria não cogitava interromper a medicação, com receio do retorno dos sintomas, ou simplesmente por não perceber motivos para deixar de usar⁴⁰.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar as maneiras de pensar e de agir da população idosa da cidade de Bambuí/MG com relação à utilização de medicação benzodiazepínica.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as motivações apontadas para o uso desta medicação por esta população.
- Explorar como é o processo de obtenção desta medicação pelos idosos.
- Avaliar a percepção do uso desta medicação por este grupo populacional
- Analisar se existem descrições sobre o tema “medo de dependência” ao medicamento pelos idosos e qual é o comportamento desta população em função deste possível temor
- Investigar se existe a influência da opinião de terceiros sobre a utilização deste medicamento
- Avaliar o padrão de obediência à prescrição médica e quais fatores poderiam influenciar essa adesão ao tratamento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Quadro teórico

Nesse estudo, partimos do pressuposto de que existe certa coerência na organização das ações, percepções e interpretações relativas às questões relacionadas à saúde pelos idosos. Para trabalharmos essas questões, utilizamos um quadro teórico-metodológico construído em torno da ideia de utilização de medicação benzodiazepínica como experiência individual e socialmente compartilhada. Trabalhos demonstram que as concepções de saúde, às vezes contraditórias⁴¹, não se restringem aos seus aspectos biomédicos, mas, enquanto fenômenos sociais referem-se ao indivíduo em seu corpo biológico, à sociedade e às relações sociais⁴².

No final dos anos 70, a questão da saúde enquanto experiência individual e socialmente compartilhada passa a ser objeto da corrente interpretativa da antropologia médica, entre outras. Good, Good&Good e Kleinman^{43,44,45,46}, expoentes desta corrente, entendem que o processo saúde-doença é fortemente influenciado pelos sistemas de significados empregados pelo sujeito e seu grupo⁴⁶. As trajetórias de saúde-doença são, assim, consideradas produtos de significados e práticas interpretativas interagindo com os processos sociais, psicológicos e fisiológicos. Elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais, governando a percepção, a explicação e a valoração do desconforto⁴⁷. Este processo de ressignificação da experiência do processo saúde-doença é, segundo Geertz⁴⁸, espontâneo e inconsciente, sendo que as redes semânticas que o constituem se caracterizam como estruturas profundas que permanecem fora do conhecimento cultural explícito e da consciência, e apresentam-se como naturais⁴⁹.

Seguindo essa linha, nesta pesquisa, o modelo de análise dos sistemas de *Signos, Significados e Ações*^{50,51} guiou a coleta e análise dos dados com o objetivo de conhecer, de forma sistemática, como pensam e agem os idosos de Bambuí,

diante da utilização de benzodiazepínicos. Este modelo constitui um dos recentes desenvolvimentos da antropologia médica norte americana, que tem sua origem na definição geertziana de cultura. Para Geertz⁵², a cultura é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Esta definição foi fundamental para o desenvolvimento dos trabalhos do grupo de antropologia médica de Harvard. Este grupo adotou a perspectiva interpretativa de Geertz na abordagem de saúde e doença e estabeleceu uma diferenciação entre “doença experiência” (*illness*– experiência psicossocial da doença), e “doença processo” (*disease*– anormalidades dos processos biológicos e/ou psicológicos)⁵³. Com base nisso surgiram outras contribuições: (1) o modelo explicativo (*Explanatory Model*– EM) desenvolvido por Kleinman⁵⁴ no qual a saúde e a doença são vistas como parte de um sistema cultural que fornece modelos para a identificação e a resolução de problemas nesse campo; (2) o modelo de redes semânticas (*Semantic Network Analysis*) desenvolvido por Good⁴³ e Good & Del Vecchio⁵⁵ que considera que elementos do contexto experiencial, social e cultural se articulam formando símbolos que intervêm na construção do significado dos episódios de doença⁵⁵.

Segundo Uchôa⁵⁶, a experiência da doença não pode ser considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo; ela deve ser concebida como uma construção cultural que se expressa em “maneiras específicas de pensar e agir”. Diversos estudos têm demonstrado que os diagnósticos profissionais e populares não são correspondentes^{48,50,55}. Enquanto a percepção dos profissionais (que quase sempre orienta programas de saúde) estaria associada aos conhecimentos biomédicos, a percepção da população (que orienta comportamentos) estaria relacionada a uma rede de símbolos articulando conceitos biomédicos e culturais^{56,57,58}.

Em continuidade com estes trabalhos, Corin et al.^{47,50,59,60} desenvolveram o modelo de análise do sistema de *Signos, Significados e Ações*. Este modelo busca analisar representações e comportamentos associados a problemas de saúde específicos e em um contexto particular. Permite o acesso às lógicas conceituais

privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada doença, assim como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população diante desta doença⁵⁹.

4.2 Área e população de estudo

Este estudo foi realizado entre os participantes da linha de base do projeto Bambuí, que é um estudo de coorte de base populacional desenvolvido na sede do município de Bambuí, situado no oeste de Minas Gerais com 21.187 habitantes em 1996, 70% dos quais vivendo na sede (IBGE, 1997). A linha de base foi composta em 1997, com a participação de 1.606 idosos (≥ 60 anos), que correspondiam a 92% de toda a população nesta faixa etária residente naquela cidade. Os participantes da coorte eram semelhantes a população da cidade em relação a todas as características sociodemográficas investigadas⁶¹.

Foram realizadas 22 entrevistas entre os idosos, participantes do sétimo seguimento do Projeto Bambuí, e que, àquela época, estavam usando medicação benzodiazepínica.

4.3 Coleta e análise dos dados

As entrevistas, que ocorreram na moradia do idoso e foram realizadas pela pesquisadora após a assinatura de termo de consentimento, foram iniciadas com a seguinte questão norteadora:

“O (a) senhor (a) fez uso de alguma medicação nos últimos três meses?” Com a resposta positiva: *“O Sr (a) está em uso atualmente de algum tipo de medicação? O Sr (Sra) se lembra de quais foram estas medicações?”* (Foi solicitado para que se visse as caixas ou receitas evitando esquecimento e pedido para que se pudesse anotar os nomes dos medicamentos utilizados).

Caso o entrevistado não tivesse utilizado benzodiazepínico nos últimos três meses ou atualmente foi pedido que ele tentasse lembrar-se das medicações utilizadas anteriormente, podendo ser sugerido que na época da entrevista ele (a) citou o uso destas medicações. Quando o entrevistado só se referiu a medicações utilizadas em período anterior aos últimos três meses, a entrevista também foi realizada. Posteriormente foram realizadas perguntas para abordar signos, significados e ações como: *“O senhor ainda está em uso destas medicações?”* *“Por quanto tempo o senhor tomou ou toma esta medicação?”* *“Quem prescreveu esta medicação?”*

*“Persiste em acompanhamento médico?”**“Para que o Sr (a) usa esta medicação?”*
“Como o Sr(a) se sente se ficar sem esta medicação?” *“O que o Sr(a) acha sobre o uso deste tipo de medicamento?”*

As entrevistas foram transcritas pela própria entrevistadora. Posteriormente foram lidas atentamente, com o objetivo de se identificar unidades significativas e criar categorias analíticas. Um esquema de codificação foi construído em função da leitura sistemática do conjunto de entrevistas. O conteúdo destas categorias foi analisado e finalmente a interação entre as diferentes categorias examinada com o objetivo de identificar os elementos utilizados pelos idosos na construção de sua percepção do uso de benzodiazepínicos.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou, protocolo número 19/2010 (CAAE: 0018.0.245.000-10). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 1

Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA. **Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos: “nervoso controlado, alívio garantido”**. Revista de Saúde Pública, São Paulo (aceito para publicação)

USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE IDOSOS: “NERVOSO CONTROLADO, ALÍVIO GARANTIDO”.

INTRODUÇÃO

Introduzidos na prática clínica na década de 1960, os benzodiazepínicos representam uma classe de medicamentos com bom potencial ansiolítico, menores riscos de dependência, interação medicamentosa e morte, mesmo quando ingeridos em altas doses¹. Apesar disso, seu emprego deve ser feito de forma cuidadosa, principalmente entre idosos, pois tem sido associado a quedas², exacerbação de declínio cognitivo e sedação³, especialmente quando utilizados por períodos prolongados.

Estudos internacionais⁴ e nacionais⁵ apontam elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos na população idosa, principalmente entre mulheres, diferença que costuma ser menos marcante entre idosos mais velhos⁴. Um estudo realizado entre idosos norte-americanos⁴ mostrou que eles tendem a confiar nos benzodiazepínicos por suas propriedades tranquilizantes e sua eficiência no controle do estresse na velhice. No Brasil, estudo desenvolvido junto a mulheres idosas pertencentes a classes sociais populares mostrou seu uso crônico (em média, por 16 anos) principalmente por depressão, enquanto sua interrupção relacionou-se ao

aparecimento de sintomas, como tremor, insônia e mal-estar⁵. Por sua vez, estudos epidemiológicos realizados junto a idosos residentes na cidade de Bambuí/MG^{6,7} evidenciaram o predomínio da utilização de benzodiazepínicos de meia vida longa associado a distúrbios de sono e ansiedade. O uso por período prolongado e sem acompanhamento especializado⁶ foi significativamente maior entre mulheres e na presença de sintomas depressivos⁷.

Porém, as motivações e explicações fornecidas pela população idosa para o uso crônico de medicamentos são questões mais adequadamente respondidas pela metodologia qualitativa⁸. Com base no exposto, o presente trabalho pretendeu conhecer a percepção da utilização de benzodiazepínicos entre idosos, bem como identificar as motivações relacionadas ao seu uso crônico.

METODOLOGIA

Este estudo de abordagem qualitativa foi conduzido junto aos idosos participantes do Projeto Bambuí, um estudo prospectivo de base populacional, desenvolvido na sede do município de Bambuí, Minas Gerais⁹. A coorte foi composta em 1997, totalizando 1.606 idosos (≥ 60 anos), que correspondiam a 92% de toda a população idosa. Maiores detalhes podem ser vistos em Lima-Costa et al (2000)⁹.

Área e População estudada

A pesquisa foi conduzida na área urbana de Bambuí, Minas Gerais, com cerca de 23 mil habitantes. Segundo dados oficiais¹⁰, desde 1950, a população do município experimenta urbanização intensa (a população rural passou de 84%, em 1950, para 15%, em 2010) e envelhecimento acelerado, com a proporção de idosos quintuplicando em 50 anos, em um ritmo (7,1%) superior ao do país (6,2%), nos últimos 20 anos. Um terço da população encontra-se em estado de pobreza¹⁰. A população idosa tem origem rural, baixa escolaridade e forte influência da religião católica¹¹.

Quanto aos recursos socio sanitários locais, inexistem instituições de longa permanência para idosos¹¹. A rede pública de assistência à saúde conta com seis

Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada UBS conta com uma equipe de saúde multiprofissional (um profissional médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde) que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Também compõem o SUS local: um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dois hospitais – um estadual e um municipal - e o Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias (FIOCRUZ) que atualmente serve para coleta de exames laboratoriais e acompanhamento de pessoas cronicamente afetadas pela Doença de Chagas.

Os idosos para o estudo foram selecionados entre os participantes do sétimo segmento do Projeto Bambuí, que à época relataram o uso de benzodiazepínicos, sendo critérios de inclusão: estar em uso de medicação benzodiazepínica e ter condições clínicas e cognitivas de responder à entrevista.

Coleta e análise de dados

O modelo dos Signos, Significados e Ações, desenvolvido por Corinet *al*¹² foi utilizado na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção da maneira de pensar e de agir dos idosos com relação ao uso de benzodiazepínicos.

Com origem na definição *geertziana* da cultura, esse modelo busca uma sistematização dos diversos elementos do contexto que influenciam a concretização de lógicas culturais¹³. Para Geertz¹³, a cultura é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Assim, cada comunidade constrói de maneira específica o seu universo de problemas, marcando alguns, privilegiando esta ou aquela explicação e encorajando certo tipo de reações. Esse método¹² procura identificar os signos (comportamentos associados), os significados (explicações privilegiadas frente a estes signos), como também as reações que predominam. Seguidora desta corrente, Uchôa¹⁴ entende que a experiência da doença não pode ser considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, devendo ser concebida como uma construção cultural que se expressa em “maneiras específicas de pensar e

agir”. A sustentação deste entendimento está na ideia de que a percepção dos profissionais quase sempre está ligada aos conhecimentos biomédicos, enquanto a percepção da população estaria ligada a uma rede de símbolos articulando conceitos biomédicos e culturais^{14,15}.

Para reconstruir o universo de representações (maneira de pensar) e de ações (maneiras de agir) associadas ao uso de benzodiazepínicos entre idosos na cidade de Bambuí, foram realizadas entrevistas na residência do idoso, após apresentação e assinatura do termo de consentimento. As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e posteriormente transcritas, sempre iniciadas pela pergunta: “O (a) senhor(a) fez uso de alguma medicação nos últimos três meses?” Em caso de resposta positiva, seguiu-se a pergunta: “O Sr(a) se lembra de quais foram estas medicações?”. A partir das respostas dadas às perguntas iniciais, foram exploradas questões relacionadas ao uso e à percepção do idoso em relação ao medicamento.

A leitura atenta das entrevistas transcritas buscou identificar unidades significativas e criar categorias analíticas para a construção de um esquema de codificação. Em seguida, analisaram-se o conteúdo e a interação entre as diferentes categorias e subcategorias, identificando-se dessa forma: os signos e os significados que os idosos atribuíam à medicação benzodiazepínica e ações tomadas em consequência à sua utilização.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou segundo o protocolo nº 18/2010 (CAAE: 0018.0.245.000-10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 22 idosos, sendo 4 homens e 18 mulheres, em sua maioria, casados ou viúvos, com filhos. Seis eram analfabetos, três entrevistadas tinham mais de 8 anos de escolaridade e os demais entre um e cinco anos completos de estudo.

Conforme disposto na legislação pertinente, a obtenção do benzodiazepínico (medicamento controlado) está condicionada à posse de prescrição médica. Com relação às prescrições, todas foram feitas por médicos não psiquiatras, uma vez que a cidade não contava, à época, com esse especialista, corroborando outros estudos que confirmam tal prática¹⁶.

O benzodiazepínico mais relatado foi o Clonazepam, seguido de Bromazepam, Lorazepam ou Diazepam. O nome comercial da medicação também foi omitido para preservar a confidencialidade. Para assegurar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados pelo sexo, número da entrevista, idade, estado civil, e tempo de uso do benzodiazepínico. Para exemplificar: a primeira mulher entrevistada foi identificada como F1 (feminino, 1, 75 anos, casada, mais de cinco anos); o primeiro homem M1 (masculino 1, 86 anos, casado, um ano) e assim sucessivamente.

Todos os participantes relataram consumo crônico do medicamento (6 meses a 40 anos); nenhum utilizou benzodiazepínicos acima das doses recomendadas pelas diretrizes clínicas e farmacológicas, embora tenham relatado trocas do tipo de benzodiazepínico consumido.

NERVO CONTROLADO, ALÍVIO GARANTIDO

No presente trabalho, os participantes, oriundos de classes populares e muitos deles da zona rural, associam o “nervoso”, como a causa das suas dificuldades para dormir, conforme estes relatos:

“Ele [o medicamento] foi passado pelo estado de nervoso que a gente sentia. Porque meu marido adoeceu, nós fomos para (uma cidade próxima)(...) gastamos o que tínhamos e o que não tínhamos. Então a gente vai ficando com estresse (...) Foi preciso passar um calmante. (...) me levaram no médico e ele passou para mim o Clonazepam. Deu certo. Eu não dormia.” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos)

“Ah, eu sou muito nervosa. Se eu ficar nervosa, aí acabou: eu não durmo. Tem dia que a gente fica nervosa à toa. Outra hora a gente pensa muito assim na velhice da gente, nos filhos esparramados (...)” (F13, 76 anos, casada, usa há 20 anos).

Um homem explica que ele e sua filha “dividem” o mesmo remédio:

“Ah, é estado de nervo também, coitada. O povo é tudo nervoso. E eles não dá demonstração de jeito nenhum. É tudo alegre”. (M3, solteiro, 74 anos, usa há 4 anos)

Assim, indagados sobre o motivo do uso da medicação homens e mulheres apontam “nervo”, “nervoso”, “problemas de sono”, “desatino”, “preocupação”, que revelam preocupação com a família, morte de entes queridos, dores, como visto nestes relatos:

“Porque eu não estava dormindo. (...) Não sei se é porque eu fico pensando, a vida, a gente fica sozinha. Tem dia que não aparece uma pessoa aqui para conversar comigo. Quando aparece tem vez que é pra amolar.” (F10, 86 anos, viúva, 2 anos de utilização)

“Tive um trem ruim, doente, um colosso de calombo no corpo (...) Fiquei naquela preocupação. Não dormi. Aí ele receitou esse remédio (...) Não senti mais nada”. (F4, 69 anos, casada, usa há 6 meses)

“Fico nervoso, então o médico receitou para mim, para dormir. Passava a noite sem dormir, aquele nervo, aquele desatino”. (M4, 73 anos, casado, usa há 15 anos)

Ao continuar sua explicação, os entrevistados esclarecem que procuram o alívio rápido que experimentam “*no espaço de meia hora*” em caso de “*desatino*” (M4) e da possibilidade de “*não pensar*” (F4) no “*nervoso*” que os aflige e conseguir dormir. Mas há quem use sem ter dificuldades para dormir:

“Eu durmo bem. É só mesmo por causa da cabeça. Porque para gente velho, um tranquilizante a gente suporta melhor as dores, os problemas... Não é que eu seja nervosa, que eu tenho necessidade...” (F8, 68 anos, casada, usa há mais de 5 anos).

Duarte¹⁷ compreende “os nervos”, código de expressão privilegiado das perturbações das classes populares brasileiras, como uma representação relacional da pessoa com o seu contexto de vida, diferente daquela de certos segmentos sociais mais afinados com a visão ocidental, psicologizada e biomedicalizante da psiquiatria. O mesmo autor atribui ao código do nervoso uma verdadeira e integrada representação físico-moral da pessoa, a qual somente pode existir dentro de uma configuração cultural específica¹⁷. Ele questiona o reducionismo biomédico do termo “doença mental” realizando uma leitura médico-antropológica do nervoso que contrapõe as teorias: a) biomédica, segundo a qual tais fenômenos referem-se meramente à expressão orgânica da doença mental; b) psicologizante, que os vê como expressão das emoções e do psiquismo individual e c) sociológica, que os encara como reflexo de conflitos de classe e ou de gênero e da dominação deles decorrente¹⁷.

No grupo pesquisado, não se evidenciaram diferenças marcantes na compreensão de homens e mulheres quanto ao uso crônico da medicação. Embora historicamente reconheça-se uma divisão de papéis e espaços - ao homem caberiam as funções exercidas no espaço público e externo, enquanto à mulher, o universo doméstico -, isso foi profundamente modificado com a saída da mulher para o trabalho^{17,18,19}. Porém, as idosas entrevistadas, são em sua maioria donas de casa que nunca trabalharam fora, não repercutindo, portanto, esta vivência do mundo do trabalho.

Outra mulher, mesmo admitindo que o problema que motivou o uso do remédio não exista mais, diz por que não é capaz de interrompê-lo:

“Eu não estava dormindo nem alimentando. Eu só pensava nas consequências, porque ele (o filho) bebia, os outros judiavam dele (...) Parou de beber e eu melhorei. (...) Eu acho que esses remédios, é tipo uma droga (...) Você vicia naquele remédio. Então eu queria passar um dia sem tomar, para ver se eu durmo. (...) só de pensar que não vou tomar, eu acho que não vou dormir. (...) Não deixo acabar. A cartela ali tem uns dez ainda...”. (F12, 89 anos, viúva, utiliza há mais de 2 anos)

No presente estudo, apesar desse medicamento significar “*uma droga*” que “*vicia*”, os entrevistados não relatam o consumo em doses e ou frequência abusivas. Avaliação positiva semelhante foi observada em estudos qualitativos nacionais²⁰ e internacionais²². Quanto aos efeitos negativos da medicação, alguns apontam:

“Eu piorei bastante, o mal estar, o desânimo (...) então eu sou meio cismada. Eu falei: eu vou cortar o Clonazepam (...) pensando em fazer uma experiência. Vou tirar e eu aviso para o médico que eu tirei, porque não pode ficar bebendo remédio assim a torto e a direito.” (F8, 68 anos, casada, usa há mais de 5 anos).

“Tomo o benzodiazepínico, um quarto, diário. Mas não sei se o remédio está fazendo mal, eu comecei com queda de cabelo”. (F12, 89 anos, viúva, mais de 2 anos de utilização)

Ainda assim, o uso continuado não provoca qualquer temor, conforme pode ser notado nestes excertos selecionados:

“Tem muito tempo que eu uso este remédio e não tenho problema nenhum.” (M3, 74 anos, solteiro, usa há 4 anos)

“Nada de negativo (...)eu acho que eu não posso parar. Porque eles estão me fazendo bem: eu não conversava com ninguém, não sabia conversar direito, era uma coisa horrível.” (F1, 75 anos, casada, mais de 5 anos de uso)

Esta senhora argumenta:

“Falam que eu tomo remédio demais, eu falo: _ Gente, abaixo de Deus, é o remédio que vai levando a vida da (...) gente.” (F13, 76 anos, casada, 20 anos de uso)

Evidências semelhantes de significativa dependência psicológica, concomitante à subestimação ou negação de potenciais efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, foram detectadas entre idosos norte-americanos mais velhos, com grande resistência por parte dos mesmos à suspensão da medicação⁴. Percebe-se, portanto, que o uso de benzodiazepínicos não se restringe apenas aos seus efeitos bioquímicos, mas a uma interação social e cultural^{5,15, 17} presente no campo de fala dos idosos. Nas falas, os signos *“alívio”, “bondade”, “não pensar”* se referem aos efeitos percebidos que a medicação provoca. Esta mulher é ainda mais contundente:

“É melhor ficar sem o arroz que ficar sem ele(o benzodiazepínico)” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos).

Configura-se, portanto, um quadro de uso crônico do medicamento, no qual o remédio serve para paliar a consciência da própria finitude e da fragilidade humana, o envelhecimento, a solidão, os problemas da família, traduzidos no “nervoso”, que faz com que o futuro lhes pareça sem saída¹¹. Dessa forma, contrariando a literatura médica que enfatiza principalmente os riscos do seu uso na população idosa^{1,2}, para estes idosos os benzodiazepínicos assumem a importância de um alimento essencial, que eles consomem para lidar com as perturbações insolúveis a que estão confrontados cotidianamente. Assim, para estas pessoas idosas importa mais a disponibilidade do profissional para fornecer a receita do que o seu conhecimento especializado:

“Eu não tenho médico certo. Quando estou passando mal, vou no plantão.(...) qualquer um passa (o benzodiazepínico) pra gente.” (F16, 74 anos, viúva, 22 anos de uso)

Outros relatos mostram que o acesso à prescrição depende mais das relações pessoais e familiares, e ou da mediação de funcionárias do próprio serviço de saúde, um processo nem sempre simples:

“Quando preciso de uma receita, eu nem vou lá (ao serviço de saúde). Ela (funcionária do serviço) já sabe. Eu telefono, ele entrega para a secretária dele, uma senhora que mora bem aqui pertinho, ela traz pra mim e eu continuo.” (F1, 75 anos, viúva, mais de 5 anos de uso)

“Tem dias que elas [funcionárias do posto de saúde] estão boazinhas, entram lá e o médico passa, carimba lá a receita para a gente. Outro dia elas estão meio nervosas, e a gente marca a consulta” (F16, 74 anos, viúva, usa há 22 anos).

Apesar disso, na maioria dos casos, sequer houve necessidade de realização de consultas médicas regulares, pois “qualquer um” fornece a receita. Esta diversidade de mecanismos e estratégias utilizadas na obtenção do benzodiazepínico indica que o vínculo não se estabelece com o profissional e ou o serviço de saúde, mas com o próprio medicamento, a tal ponto que a exigência da apresentação da prescrição na dispensação do benzodiazepínico é compreendida por eles como um obstáculo e não como um cuidado, como se nota nesta fala:

“O médico passou só uma vez e eu continuei (...). O benzodiazepínico eu não pegava (no posto), eu comprava (...) depois o farmacêutico não quis (vender sem receita) (...) ele falou: ‘agora tem que ser com receita médica’ (...) se tivesse outro farmacêutico sem consulta médica, eu ia comprar ele (o benzodiazepínico).” (F7, 70 anos, casada, usa há 2 anos)

Estes dados confirmam os de outro estudo, em que os idosos relataram facilidade na aquisição da medicação, obtenção da prescrição desse medicamento sem a necessidade da consulta médica formal ou orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento⁶.

Quanto à razão para não interromper este remédio, esta mulher apóia-se na prescrição do médico e nas dificuldades do próprio profissional em orientar esta retirada:

“Não sei. Porque ele é faixa preta? É porque a pessoa não tem cura, será? (...) Falam: _‘Pode largar de tomar aquele remédio’, Eu falo: _‘Foi o médico que passou. (...) Eu tenho vontade (de parar). Já falei com ele [o médico]: ‘Dr., eu não aguento essa quantidade...’ [referindo-se ao que ouviu do prescritor] ‘Oh, não tô te perguntando se tem ou se não tem, vai comprar o remédio e vai tomar’.(risos)” (F10, 86 anos, solteira, 2 anos de utilização)

Ela também revela dificuldades no encontro paciente-profissional¹⁸, pelo não acolhimento do profissional médico de suas queixas quanto a mudanças do funcionamento intestinal, que ela relaciona à medicação:

“Eu não sei se é dessa medicação, já falei com ele (médico), ele não falou nada.” (F10, 86 anos, solteira, 2 anos de utilização)

Por sua vez, nenhum dos participantes refere qualquer tipo de alerta quanto ao risco do uso dessa medicação, exceto uma senhora cuja filha foi alertada pelo “homem da farmácia” que este remédio não era apropriado para uma pessoa idosa. Para encorajar a interrupção de psicofármacos, um estudo finlandês realizado junto a idosos usuários crônicos mostrou que a orientação sobre os riscos envolvidos no uso de benzodiazepínicos reduziu o uso regular destes medicamentos em 35,0%, ao passo que seu consumo aumentou entre aqueles que não receberam a mesma orientação; tais intervenções foram mais eficientes entre os idosos mais jovens e mulheres²⁴. Nos Estados Unidos, Cook et al⁴, por meio de uma associação de abordagens quantitativa e qualitativa, observaram que idosos com maior frequência diária de uso de benzodiazepínicos e maior ansiedade eram aqueles menos predispostos a reduzir dosagens ou descontinuá-los. Todavia, idosos, sobretudo aqueles mais velhos e usuários por tempo mais prolongado, recusaram outras propostas terapêuticas ou a interrupção programada da utilização de benzodiazepínicos²⁴.

Enquanto um homem explica:

“Tem dia que eu falo com ele (o médico) (para parar de tomar), mas ele é custoso. Ele manda eu tomar de novo” (F7, 70 anos, casada, usa há 2 anos)

Esta dificuldade na comunicação de certo modo aponta o confronto entre cultura laica - do “nervoso” - e a cultura profissional quase completamente afastada do modelo nervoso e comprometida com algumas versões do saber psicologizado contemporâneo sobre a pessoa¹⁸. Porém, a interrogação acerca do sentido da doença, em particular, não se reduz à informação médica, pois as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, sem uma dependência em sentido único, mas com “vaivens” entre o pensamento erudito (do profissional) e o pensamento de senso comum²³.

Nossos resultados se contrapõem à literatura^{4,24}, pois no campo de fala dos entrevistados, ambos - o profissional médico e a pessoa idosa - impotentes face às perturbações subjacentes ao aparente “nervoso” que tira o sono, optam pelo caminho possível: garantir algum alívio do “nervoso” e de suas consequências, na forma de uma prescrição de um medicamento calmante. Ainda que os problemas deflagradores permaneçam sem solução ou já tenham acabado, diante do “nervoso”, que representa o sofrimento da vida, na velhice, resta aos idosos continuar procurando receitas e tomando calmantes, indefinidamente, para tentar obter um “alívio”, “não pensar” e “dormir”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho contribui para maior visibilidade do problema do uso crônico de benzodiazepínicos pela população idosa.

Entre os idosos, o “nervoso” - esta condição perturbadora, intangível e incurável que representam seus problemas existenciais e familiares - que lhes tira o sono e o sossego, encontra “alívio” no uso crônico de calmantes. O bem-estar que

eles provocam “vicia”, mesmo que não solucione os problemas de fundo, a consciência da própria finitude, perdas importantes, dinâmica familiar, doenças e dores.

Porém, antes de agravar o sofrimento de quem usa - população especialmente vulnerável a quedas e outros efeitos adversos dele decorrentes - e de quem os prescreve -, os serviços de saúde precisam reconhecer a importância que as pessoas entrevistadas atribuem ao medicamento, que significa algo mais importante que o “arroz” de cada dia, dado o “alívio” que ele proporciona.

Tudo isso revela dificuldades para o planejamento de estratégias para minimizar o uso crônico desta medicação, pois para obter o remédio, eles precisam da receita e retornam ao serviço, mas “qualquer um” fornece. Dada a obrigatoriedade da receita, o profissional médico poderia atuar evitando a primeira prescrição, bem como reavaliando a real necessidade da sua continuação, ou ainda proporcionando outras formas de cuidado não medicamentoso e de escuta interessada do motivo – o “nervoso” subjacente. Enquanto isso não ocorre, alguém tem outra solução?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bueno JR. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos-uma revisão. Rev. Debates em Psiquiatria Mai/Jun 2012; 6-11.
2. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R. Silver Network Home CareStudyGroup. Psychotropic medications and risk falls among community - dwelling frail older people: an observational study. J Gerontol A BiolSci Med Sci 2005; 60(5) :622-626.
3. Gage S B, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ 2012; 345:e6231.
4. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patients perspectives on long-term anxiolytics benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. J Gen Intern Med 2007; 22: 1094 –1100.
5. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 2005;1(2):artigo 8 :1-13.
6. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima- Costa MFF, Uchoa E. Prevalenceandsocio-demographiccharacteristicsassociatedwithBenzodiazepines use among community- dwelling older adults: results from the Bambuí study. Rev . Bras. Psiquiatr 2007; (30): 7-11.
7. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima- Costa MFF, Uchoa E. Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos(Projeto Bambuí). Cad. Saúde Pública 2009; 25(3): 605-612.

8. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Pública 1993; 9 (3): 239-262.
9. Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the Brazil. Rev. Saúde Pública 2000; 34(2): 126-135.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 2013 nov 22].
11. Giacomini, K C, Santos, W J, Firmo, J O A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. Ciência & Saúde Coletiva 2013; 18(9): 2487-2496.
12. Corin E, Uchoa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathologie Africaine 1992; 24:183-204.
13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora ;1989.
14. Uchoa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Pública 1994; 10:497-504.
15. Boltanski, L. (2004). Os usos sociais do corpo. In: As classes sociais e o corpo, São Paulo: Paz e Terra, 3ª Edição, p. 102-109
16. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa CW, Csizmar J, Costa A, Faria MA, Hidalgo SR, Assis D, Nappo SA. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr 2002; 24(2) : 68-73.

17. Duarte LFD. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: Alves, PC., Minayo, MCS., orgs. Saúde e doença: um olhar antropológico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 83-90. ISBN 85-85676-07-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
18. Oliveira AB, Roazzi A. A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2007;23(1):91-102
19. Silveira, M L. Nervos e nervosas na biomedicina In: O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Coleção Antropologia e Saúde, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz 2000, p. 61-82.
20. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: Um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino- Am Enfermagem* 2005; 13: 896-902.
21. King M, Gabe J, Willians R, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the views of patients. *British Journal of General Psychiatry* 1990; 40:194-196.
22. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä S-L. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and relates drugs among community-dwelling older persons. *Age and ageing* 2010 ; 39 (3) :313-319.
23. Herzlich C. (1991) A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *Physis*, 1(2): 23-36)
24. Cook J M, Biyanova T, Thompson R, Coyne J C. Older primary care willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29 (5):396-401.

6.2 Artigo 2

Alvarenga JM, Giacomini KC, Loyola-Filho AI, Uchôa E, Firmo JOA. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de poder “jogar água no fogo”, não pensar e dormir.

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE IDOSOS: O ALÍVIO DE PODER “JOGAR ÁGUA NO FOGO”, NÃO PENSAR E DORMIR.

INTRODUÇÃO

Há mais de meio século, os benzodiazepínicos figuram entre os medicamentos mais consumidos em todo o mundo¹. Porém a partir da década de 80, estudos têm lhes atribuído diversos efeitos indesejáveis, incluindo o risco de dependência, especialmente em caso de uso crônico².

Além disso, na população idosa, a utilização por tempo prolongado de benzodiazepínicos está associada à ocorrência de outros problemas de saúde, tais como sedação³, risco de queda⁴ e comprometimento da memória⁵. Essas questões levaram à inclusão desta classe entre os medicamentos potencialmente inadequados para idosos, exceto em indicações clínicas específicas⁶. Apesar disso, a prevalência do seu consumo nesse segmento etário se mantém muito elevada, sendo a utilização crônica ainda maior entre idosos mais velhos^{7,8}.

Os idosos brasileiros também são consumidores frequentes de BZD, como evidenciam estudos epidemiológicos desenvolvidos em diferentes populações, sejam elas residentes em comunidade, em que a prevalência de uso foi de 22,0%⁹, ou usuária de serviços de saúde, na qual a prevalência do seu uso foi de aproximadamente 30%¹⁰. Estudos qualitativos demonstram que os usuários crônicos de benzodiazepínicos podem desenvolver dependência física e psicológica, conferindo a esses medicamentos atributos que suplantam aqueles decorrentes de

sua ação farmacológica¹¹. Ao nosso conhecimento, poucos são os estudos¹² que buscaram compreender como o medicamento é percebido pelos idosos que o utilizam, especialmente no caso da utilização crônica. Assim, este trabalho se propôs a compreender a percepção de pessoas idosas sobre o uso prolongado dessa medicação.

METODOLOGIA

Esta pesquisa, qualitativa, volta-se para a compreensão dos significados que os idosos atribuem às suas experiências relacionadas ao uso prolongado de benzodiazepínicos, considerando o contexto em que vivem¹³.

População estudada

Este estudo foi conduzido junto aos idosos participantes do Projeto Bambuí, um estudo prospectivo de base populacional, desenvolvido na sede do município de mesmo nome e situado no oeste do estado de Minas Gerais. A coorte foi composta em 1997, totalizando 1.606 idosos (≥ 60 anos), que correspondiam a 92% de toda a população nessa faixa etária. Maiores detalhes podem ser vistos em Lima-Costa et al (2000)¹⁴.

A população de estudo foi composta por 22 participantes do sétimo segmento do Projeto Bambuí (≥ 67 anos), que à época relataram o uso de benzodiazepínicos. Os critérios de inclusão no estudo foram estar em uso de medicação benzodiazepínica e ter condições cognitivas de responder à entrevista. O critério para a definição de uso crônico de benzodiazepínicos é a utilização por cinco ou mais dias da semana de pelo menos uma dosagem do medicamento por quatro meses ou mais¹⁵. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação¹⁶.

Coleta e análise de dados

O modelo dos Signos, Significados e Ações, desenvolvido por Corinet *al*¹⁷, foi utilizado na coleta e análise dos dados, buscando sistematizar os elementos do

contexto que participam da construção da maneira de pensar e de agir dos idosos com relação ao uso de benzodiazepínicos.

Esse modelo tem sua origem na definição *geertziana* da cultura e busca identificar os diversos elementos do contexto que influenciam a concretização de lógicas culturais¹⁸. Ele parte do princípio de que cada comunidade constrói de maneira específica o seu universo de problemas, marcando alguns, privilegiando esta ou aquela explicação e encorajando certo tipo de reações. Esse modelo procura identificar os signos (comportamentos associados), os significados (explicações privilegiadas frente a estes signos), como também as reações que predominam no evento de saúde, o qual não é visto como um processo biomédico, e sim, percebido como uma construção cultural. Para Geertz¹⁸, a cultura é um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Uchôa¹⁹ entende que a experiência da doença não pode ser considerada como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, devendo ser concebida como uma construção cultural que se expressa em “maneiras específicas de pensar e agir”. A sustentação deste entendimento está na idéia de que a percepção dos profissionais quase sempre está ligada aos conhecimentos biomédicos, enquanto a percepção da população estaria ligada a uma rede de símbolos, articulando conceitos biomédicos e culturais.

Para reconstruir o universo de representações (maneira de pensar) e de ações (maneiras de agir) associadas ao uso de benzodiazepínicos entre idosos residentes na cidade de Bambuí, foram realizadas entrevistas nas residências deles, após apresentação e assinatura do termo de consentimento. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram iniciadas pela pergunta: “O (a) senhor (a) fez uso de alguma medicação nos últimos três meses?” Em caso de resposta positiva, seguiu-se a pergunta: “O Sr(a) se lembra de quais foram estas medicações?”. Quando o entrevistado não referia o uso de benzodiazepínicos no período, era-lhe solicitado recordar os medicamentos utilizados anteriormente. Assim, foi possível identificar a utilização de benzodiazepínicos. A partir das

respostas dadas às perguntas iniciais, foram exploradas questões relacionadas ao uso e à percepção do idoso em relação ao medicamento.

As entrevistas transcritas foram lidas atentamente, com o objetivo de identificar unidades significativas e criar categorias analíticas, procedimento que propiciou a construção de um esquema de codificação. Em seguida, os textos foram marcados em função das categorias e subcategorias identificadas, sendo examinada a interação entre as diferentes categorias e subcategorias. Dessa forma, foram identificados os signos e os significados que os idosos atribuíam à utilização da medicação benzodiazepínica, bem como as ações relativas a este uso.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou segundo o protocolo nº 18/2010 (CAAE: 0018.0.245.000-10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vinte e dois idosos foram entrevistados, sendo 18 mulheres e 4 homens. Todos os homens e a maioria das mulheres estavam em uso de Clonazepam. Entre as mulheres também foram mencionados o Bromazepam, Lorazepam e Diazepam. Todos os participantes eram usuários crônicos de benzodiazepínicos¹⁵, tendo sido observado o tempo mínimo de consumo de 6 meses e o máximo de quase 40 anos.

Da análise emergiram as seguintes categorias relativas à utilização do benzodiazepínico: a utilização crônica de um remédio “muito bom”; a (des)obediência à prescrição médica; o remédio bom que “parece que vicia”; o alívio.

A utilização crônica de um remédio “muito bom”

Nesta categoria, os participantes relatam fazer uso de um remédio que “*não sei o nome*”; “*não sei por que tomo*”; “*pode até estar me fazendo mal*”, mas “*se tivesse quem vendesse sem receita, continuava tomando*”.

Na cultura local a velhice é uma construção social importante para a compreensão do consumo de benzodiazepínicos, pois a utilização do medicamento se adapta à realidade sociocultural dos idosos produzindo concepções e interpretações que se diferenciam das prescritas pelos médicos. Nesse sentido “o uso de benzodiazepínicos não se restringe a uma relação biológica de seus efeitos, mas a uma interação com o cultural e o social”¹².

Muitos idosos, embora tomassem a medicação há muito tempo, desconheciam o nome do produto. Alguns os identificavam como “*aquele de tarja preta*”, “*o que precisa da receitinha azul*” e necessitavam da caixa de remédios ou da ajuda de terceiros para saber o medicamento em uso. Alguns usaram mais de um tipo ao longo da vida; outros estavam em uso do mesmo há décadas. Apenas uma mulher afirmou ter lido a bula e descoberto que a medicação talvez fosse inadequada, mas ainda assim continuou a utilizá-la.

Quanto à razão de usarem benzodiazepínicos, os entrevistados relatavam que a introdução do medicamento se deu por indicação médica, embora a razão para a prescrição do medicamento permanecesse desconhecida, como explica uma entrevistada:

“Por que eu tomo? Eu não sei por que eu tomo. Porque o médico é que receitou. Eu caí e não dou conta de andar e ele receitou este remédio (bromazepam), pra mim ir tomando”. (F6),

Aconteceu do início do uso se dar de forma “profilática”, desvinculada de indicações habituais de utilização, como ansiedade ou insônia, como afirma uma senhora:

“É porque eu colhi o sangue aqui e quando veio o resultado, veio Chagas. O remédio (clonazepam) foi quando eu entreguei os exames, aí ele (o médico) passou ele.” (F7).

Essa medicação é obtida somente mediante a prescrição médica. Uma mulher confirma a imprescindibilidade dos profissionais de saúde no fornecimento da receita, ao afirmar:

“Se tivesse outro farmacêutico (que vendesse) sem consulta médica eu ia comprar ele. Eles não vendem” (F7).

Não foram observadas, nas entrevistas, falas sugestivas de orientação médica no sentido de utilizar benzodiazepínicos por um prazo definido ou de aconselhamento para a redução e/ou interrupção do seu uso. Ressalte-se que nenhum dos entrevistados teve a primeira prescrição e/ou as posteriores em consulta com psiquiatra. Os médicos prescritores foram clínicos, generalistas, cardiologistas ou neurologista (neste caso, eles consultavam em outra cidade, de maior porte).

A cronicidade do uso de benzodiazepínicos é justificada por homens e mulheres idosos por diversas razões, entre elas, a presença de distúrbios do sono e nervosismo:

“Se eu não tomar esse comprimido, eu não durmo”. (M3)

“Ah, eu sou muito nervosa. Se eu ficar nervosa aí acabou eu não durmo. Tem dia que a gente fica nervosa à toa, né? Outra hora a gente pensa muito assim na velhice da gente, nos filhos esparramados, né? Uns tem uns problemas, outros, (têm) outros. A gente se preocupa, né? Então é por isso”. (F13)

Entre os homens, os signos relativos ao motivo de continuar utilizando esta medicação estavam relacionados a problemas para dormir e um homem o fazia nas crises de labirintite. Entre as mulheres, além das dificuldades relativas ao sono, também foram identificados nervosismo, solidão, sintomas depressivos (“*não comia*”, “*só pensava coisa ruim*”, “*ruindade*”, “*esgotei*”), preocupação proveniente de problemas familiares (alcoolismo de filhos, cuidado do marido com câncer), existenciais, ou reação ao luto (perda de marido, de filhos e de familiares). Tal resultado confirma que fatores interpessoais, sociais e relacionados ao

desenvolvimento do sujeito podem contribuir para a cronicidade do uso, e como idosos expressam sua experiência de utilização e, eventualmente, de dependência²⁰.

Outra razão para a continuidade do uso do medicamento é o temor de que os sintomas retornem, se intensifiquem, ou comprometam o desempenho das atividades cotidianas. Uma senhora explica sua necessidade de continuar a usar a medicação, mesmo após a resolução do problema que motivou a prescrição:

“(o filho alcoolista) parou de beber e eu melhorei. (...) Então eu queria experimentar assim: se eu passar um dia sem tomar para ver se eu durmo. Mas eu tenho só de pensar que eu não vou tomar, eu acho que eu não vou dormir (...) como é que eu vou fazer? No outro dia eu tenho que trabalhar fazer comida, arrumar a casa”... (F12)

Interessante lembrar que a distinção entre sintomas de abstinência da medicação e retorno do quadro ansioso tem sido apontada, por parte dos profissionais médicos, como uma das causas de insucesso na tentativa de retirada dessa medicação²¹.

Cabe mencionar ainda a influência exercida pela opinião de membros dos círculos familiar e social nas decisões e comportamentos ligados ao uso de medicamentos, evidenciada na literatura²¹. Isso foi também observado no presente estudo, pois muitos entrevistados relataram opiniões favoráveis de amigos, vizinhos e familiares, que avalizaram o uso desta medicação, como se observa nas falas a seguir:

“Porque muita gente falava: Esse remédio é muito bom para dormir.” (F4)

“Ah, eles (os filhos) achavam bom se eu tomasse” (F5)

Se as opiniões favoráveis dos integrantes dos círculos familiar e social influenciaram as decisões ligadas à utilização do benzodiazepínico, as opiniões negativas não foram suficientes para interromper o uso do medicamento, quando a

experiência do usuário não associava o medicamento a nenhum efeito nocivo em seu organismo:

“Eles falam que às vezes ele (o benzodiazepínico) pode até estar me fazendo mal (...) mas não é dele não gente. Tem muitos anos que eu tomo ele. Eu tenho vizinho que fala: ‘Às vezes é mal desses remédios que você toma’.” (F16)

No presente trabalho, apenas uma mulher afirma ter interrompido o uso da medicação mediante a recusa das filhas em adquiri-la, após considerarem a orientação do farmacêutico:

“As meninas ainda falou assim: Ih mãe, aquele remédio da faixa preta!” Eu falei: ‘Isso aí eu não sei não. Ele é?’ [relata a opinião do homem da farmácia ao contraindicar o uso do benzodiazepínico]: Ele até falou para a menina: ‘Sua mãe é de idade. É idosa. (minha filha) Só falou que não ia comprar mais, daí não comprou mais não’.” (F7)

Ainda assim, a fala da entrevistada deixa transparecer que a decisão de interromper o uso da medicação não foi dela, e sim das filhas, que efetivamente controlavam o uso do medicamento pela mãe.

(Des)obediência à prescrição médica

Na singularidade cultural de maneiras de pensar e agir dos idosos pertencentes ao universo pesquisado, a aparente *obediência à prescrição médica* revela-se mais forte do que a percepção de que o medicamento não seja mais necessário, como se depreende do extrato abaixo:

“(...) eu posso estar louca de sono, mas eu vou lá e pego os remédios direitinho e tomo direitinho. (...) eu tomo aquela quantidade certinha que o médico mandou tomar.” (F11)

Essa obediência se manifesta até mesmo quando a necessidade de alguns ajustes posológicos é percebida. Uma entrevistada relata:

"Eu também não sou de ouvir qualquer pessoa não. Eu acho que ou eu vou pela minha intuição, ou então eu vou no médico. A gente não pode ficar... cada caso é um caso. Ah é, principalmente em sala de espera, você ouve muito. Um receita pra um ,receita pra outro. (...) Eu usei (clonazepam) durante uns cinco anos seguidos, um médico que tratou me passou. Depois eu achei que estava ficando muito desanimada, sabe, mal estar demais, aí eu interrompi né? Mas, assim: fui no médico". (F8)

Considerando que em cada ação médica "há um conduzir o doente, no qual o diálogo e a comunhão desenvolvida pelo diálogo entre o médico e o paciente desempenham um papel decisivo"²², em Bambuí, quem ousou questionar a prescrição, não foi ouvido:

"Eu tenho vontade (de reduzir a dose), já falei com ele: doutor, eu não aguento essa quantidade... (o médico diz) Não estou te perguntando se tem ou não tem, vai comprar o remédio e vai tomar". (F10)

Atitude semelhante de reconhecimento e deferência à autoridade médica emergiu das falas de entrevistados em outro estudo qualitativo sobre a saúde e incapacidade na velhice, em que se observa uma tendência de o saber biomédico culpabilizar a pessoa idosa pela sua condição de vida atual. Por sua vez, os idosos agem como se o profissional médico conhecesse melhor suas necessidades de saúde do que eles próprios, permanecendo a prática médica inquestionável²³.

Questionada se deixaria de tomar a medicação, esta entrevistada afirma:

"Ah, não, eu não vou deixar não (de tomar). Acho que vou usar eternamente. Até morrer." (F16)

Se o início de uso se dá pela prescrição médica, continuar ou não utilizando deriva do julgamento do medicamento por parte de quem o utiliza, com base na experiência, positiva ou negativa, que teve com ele. Em tais situações, a prescrição médica pode ser desobedecida. Por exemplo, essa não obediência pode acontecer quando o usuário relaciona o uso do medicamento a um efeito indesejável

(exagerado) ou o considera uma ameaça à sua vida. Uma mulher explica que, tomando por base o efeito e a potência da medicação - referindo-se ao número de miligramas da droga -, por conta própria e sem comunicar ao profissional, decidiu reduzir a dose prescrita porque teve medo de morrer:

“Era para mim tomar meio comprimido. Aí eu tomei, tomei meio, (clonazepam) mas eu vi que não me fez bem. Eu dormi demais. (...) este aqui (bromazepam) eu vou te mostrar o que eu fiz. Se duas miligramas (de clonazepam) estava muito forte, ele receitou (o bromazepam) de três, mandou tomar um, olha o que eu fiz (...). Ele mandou tomar um deste (bromazepam) e um deste (amitriptilina). Se eu tivesse tomado estaria lá na cidade dos pés juntos. Que é o cemitério. [A senhora voltou depois no médico ou não?] Não. Abandonei por minha conta. [E voltou para o clonazepam?] É e eu por minha conta eu dividi ele em quatro partes. Então são um quarto de 2mg” (F12).

Em outras duas situações, a dose recomendada para utilização foi reduzida pela metade por iniciativa dos entrevistados, em função do efeito sedativo percebido.

Geralmente, as alterações de posologia promovidas pelo usuário foram no sentido de redução da dosagem. Assim, exceto por um relato que fazia referência a um aumento pontual da dosagem do Clonazepam (quando o entrevistado se sentiu muito nervoso), o uso abusivo do medicamento não foi identificado nas entrevistas. Padrão semelhante foi observado em um estudo que investigou o consumo de benzodiazepínico na população idosa residente em Diamantina (MG), em que nenhuma das posologias relatadas pelos entrevistados se enquadrava nos critérios que definem a superdosagem²⁴.

Portanto, chama a atenção na fala dos entrevistados uma certa ambivalência quanto à obediência à prescrição. Face ao possível risco quando do uso crônico, os idosos tentaram minimizá-lo, respeitando a dose prescrita ou mesmo reduzindo-a por conta própria. Essa questão também é ilustrada no trabalho de Martin²⁵, que propõe intervenções educacionais para promover uma utilização mais adequada do benzodiazepínico, a partir da modificação de crenças e percepções de risco dessa

prática entre usuários idosos. Dessa forma, procurou-se compreender este comportamento face aos elementos da cultura local.

O remédio bom que “parece que vicia”

Duas entrevistadas reconhecem o uso prolongado, mas ponderam:

“(o filho alcoolista) parou de beber e eu melhorei. [porque a senhora continua usando?] Eu acho que esses remédios é tipo de uma droga, porque a pessoa que fuma porque o cigarro é uma droga, eu nunca coloquei na boca. O remédio eu acho que é a mesma coisa. Você “viceia” naquele remédio”(F9)

“A pessoa acostuma e vicia, né? Talvez se tirasse poderia também nem fazer mal, fazer bem.” (F1)

Em adultos, a dependência de drogas é definida pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, decorrentes do uso continuado de uma substância, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo (DSM-IV-TR, 2002)²⁶. Existe um consenso de que entre idosos a dependência de drogas seria pouco identificada, uma vez que muitos tendem a não relatar seu uso e até 15% ocultam ou negam o uso de drogas psicotrópicas²¹. Entretanto, muitos dos critérios utilizados para caracterizar esta condição não se aplicam ao grupo etário idoso, no qual persistem dúvidas quanto aos fundamentos da natureza desta dependência²⁰, em razão de mudanças decorrentes do padrão de uso de medicamentos na velhice.

No campo do conhecimento biomédico, a dependência de benzodiazepínicos em idosos é definida como um processo contínuo que pode causar problemas de gravidade variável no indivíduo, e que depende das circunstâncias pessoais, interpessoais e sociais²⁰. A nosso ver, apesar dos entrevistados citarem o termo dependência, eles parecem não atribuir gravidade a esta condição e nem acreditar que ela possa necessariamente ocorrer entre eles, como pode ser ilustrado pela fala deste homem, que não se percebe como dependente da medicação pelo fato de conseguir dormir sem ela:

“Não, porque muita gente fala que está em dependência deste remédio. Eu não estou. Eu não tomo ele (e) eu durmo mesma coisa, não tem problema nenhum.”
(M2)

Assim, as lógicas conceituais subjacentes ao comportamento concreto dos entrevistados associadas ao uso prolongado do benzodiazepínico configuram uma referência amenizada ao termo "dependência" presente no discurso biomédico e que no campo de fala dos idosos se dá pelo uso da palavra "vício", emergindo somente o sentido daquilo que é repetitivo.

O alívio

Três idosos justificam os benefícios e o alívio obtidos com o benzodiazepínico:

“É, tem dias que a gente ta contrariada, né? Aí eu tomo um (comprimido de clonazepam) é a mesma coisa que jogar água no fogo. (...) porque família dá problema, né?” (E19)

“Vou comprar ele [o remédio] que eu tomo, não penso, né? E durmo”. (F4)

“Ainda dá esse desatino, mas no espaço de meia hora, ele já faz efeito” (M4).

Mesmo desejando parar de tomar o medicamento, duas mulheres encontram no remédio um suporte para lidar com as *dificuldades da vida* e com os *medos na velhice*:

“(...) Porque para gente velho, um tranquilizante, a gente suporta melhor as dores, os problemas...(...) Não é que eu seja nervosa, é que eu tenha necessidade”.
(F8)

“Eu sou nervosa de natureza (...) À noite (toma o remédio), pra tranquilizar os nervos, eu sou nervosa demais. (...) Então quando eu chego no consultório eu já começo a chorar, sabe? Mas é assim um medo de eu ter um problema muito grave no coração e medo de morrer de repente”. (F11).

Assim, por trás do “*não pensar*” nos problemas existenciais que os entrevistados idosos revelam, está o desejo de dormir uma noite de sono que lhes amortecerá os sentidos e tornará a realidade menos angustiante ou mais suportável. Dormir é uma necessidade fisiológica: para a pessoa que dorme, a noite dura apenas um momento. Meadows (2005)²⁷ insiste sobre o fato de que o sono não é uma “*inação social*”, mas um tempo de interação, fruto de uma negociação entre seus próprios desejos, expectativas e papéis sociais e aqueles dos outros. Pode-se perguntar - como fazem os médicos - se é a dimensão fisiológica da noite que provoca uma alteração do estado físico ou se é a sua dimensão simbólica, pois a noite altera nosso estado de consciência e de vigília²⁸. Contudo, a noite também possui uma dimensão cultural fortemente demarcada²⁹, ao contrapor notadamente o comportamento de pessoas vivendo a juventude e a velhice. Na juventude, a noite é vivida no espaço de fora, em grupo, assumindo comportamentos arriscados - momento especial da transgressão, que servem para o alívio do estresse, a compensação e, portanto, um papel de reparação, de coesão social e para possibilitar ao jovem encontrar um equilíbrio entre racionalidade e irracionalidade. Enquanto na velhice, a noite é um tempo vivido não em grupo, nem no exterior, mas na solidão da própria casa ou em instituição. Assim, usualmente, a noite está proibida aos mais velhos como tempo de vida, pois não visa à transgressão, mas denuncia a morte. Nessa hora, a noite leva-os a lidar com questões dolorosas, acompanhada por vezes de pensamentos tristes ou de preocupações que aparecem quando o velho não consegue achar o sono e frequentemente vê-se relegado à solidão, à angústia e ao sofrimento²⁹.

Uma idosa afirma:

“Esta noite depois das três horas que eu tive insônia eu não dormi um segundo. Não sei por que. Não sei se é porque eu fico pensando assim a vida, a gente fica sozinha, tem dia que não aparece uma pessoa aqui para conversar comigo! Quando aparece tem vez que é pra amolar” (E11)

Portanto, bem mais interessante para o estudo antropológico, é a noite que nunca termina, não a noite escura de sono, mas a noite em claro da insônia²⁸, pois

como lembra Gadamer, “uma das grandes forças curativas da vida é o fato de, todas as noites, entregarmo-nos ao sono curativo do esquecer. Não poder esquecer é um sofrimento pesado”²². Como fazer para esquecer ou não pensar nas dificuldades cotidianas da vida, para as quais não há qualquer previsão de solução próxima ou futura?

Ao discutir o caráter oculto da saúde, Gadamer afirma que “toma-se algo para combater a doença e, então ela desaparece”²². Porém, no que tange à saúde mental, este autor acredita que os psicofármacos possam introduzir uma forma de agressão totalmente nova, ao retirar da pessoa suas próprias indisposição e perturbação mais profundas²². Além disso, há que se considerar que as palavras da noite têm um peso diferente daquelas do dia²⁹.

Na cultura local, entre os idosos entrevistados, percebe-se que o benzodiazepínico representa uma alternativa para lidar com os problemas da vida, legitimamente avalizada pelo saber biomédico, com a garantia do alívio rápido - “*em meia hora*” -, de apagar o incêndio - “jogar água no fogo” - e possibilitar no sono, o esquecimento. Afinal, não se estará acordado para lidar com as questões da velhice, dos filhos (F13); do medo da morte (F12), do estresse cotidiano (F16), da solidão (F10), das dores e problemas (F8). Talvez, essa não seja a melhor nem a mais adequada ou a menos arriscada maneira de lidar com essas questões, mas sim, aquela possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento dos idosos pertencentes ao universo pesquisado atribui significados e interpretações culturalmente associados às suas experiências quanto ao uso prolongado de benzodiazepínicos. Esses comportamentos fazem emergir lógicas que distanciam os discursos que descrevem a prescrição médica do fármaco e a maneira como é percebida e interpretada no cotidiano da experiência de consumi-los.

O presente trabalho chama a nossa atenção para a necessidade de abordar o uso prolongado e indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos no serviço de saúde, junto aos profissionais e à comunidade. Certamente, esta não é uma tarefa restrita apenas a uma profissão ou a um contexto – social, familiar, profissional. Ela demanda o cuidado do profissional médico, bem como intervenções psicológicas e sociais.

A falta de sono, que justifica o uso de benzodiazepínicos, revela situações culturais, sociais e familiares que precisam ser abordadas de forma coordenada nos serviços de saúde. Cabe refletir se a prescrição do benzodiazepínico para fazer dormir e acalmar pessoas idosas angustiadas, aflitas, solitárias, não estaria reduzindo a oportunidade de escuta dos problemas existenciais por que passam estas pessoas, ou se representa em si uma comodidade para o profissional diante das limitações do cuidado e do serviço.

Enfim, é preciso buscar a valorização do sujeito, promover a compaixão diante da impotência que o ser humano experimenta ao longo da vida, mas também proporcionar outras formas de alívio, de convívio, de esperança. Isso passa pela criação de perspectivas para as condições de vida e de cuidado (dos idosos) e das condições de trabalho (dos profissionais) que favoreçam a escuta e aliviem o sofrimento de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bueno JR. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos- uma revisão. Rev. Debates em Psiquiatria 2012 ; (maio/junho);6-11.
2. Marks J.The benzodiazepines an international perspective. J Psychoactive Drugs 1985;15(1-2): 137-149.
3. Almeida OP, et al. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Ver Bras Psiquiatr 1999;21(3):152-7.
4. Land iF,et al. Silver Network Home Care Study Group. Psychotropic medications and risk falls among community - dwelling frail older people: an observational study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005; 60(5): 622-626.
5. Gage S B, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study.BMJ 2012; 345:e6231.
6. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially Inappropriate Medication use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2012; 60(4):616-631.
7. Egan M, et al. Long - Term continuous use of benzodiazepine by older adults in Quebec: Prevalence ,incidence and Risk factors. JAGS 2000; 48:811-816.
8. Préville M, et al. Correlates of potentially Inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study. Canadian Journal on aging/La revue canadienne du vieillissement 2012; 31(3):313-322.
9. Alvarenga JM, et al. Prevalence and socio-demographic characteristics associated with Benzodiazepines use among community-dwelling older adults: results from the Bambuí study. Rev . Bras. Psiquiatria 2007; (30): 7-11.
10. Nordon DG, et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev Psiquiatr RS 2009;31(3):152-158.
11. Cook JM, et al. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study.J Gen Inter Med 2007;22:1094-100.

12. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 2005;1(2):artigo 8 :1-13
13. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública* 1993; 9 (3): 239-262.
14. Lima-Costa MFF, et al. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 126-135.
15. Llorente MA, et al. Definig Patterns of benzodiazepine use in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000;13(3) :150-60.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.
17. Corin E, et al. Articulation et variations dês systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
18. Geertz C. *The interpretation of cultures*. NewYork : Basic Books;1973.
19. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:497-504 .
20. Voyer P, et al. Unconventional indicators of drug dependence among elderly. *Issues in mental health nursing* 2004; 25:603-628.
21. Auchewski L, et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiat* 2004 ;26(1):24-31.
22. Gadamer, HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
23. Moraes GVO. *Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença /incapacidade em idosos na comunidade*. [dissertação]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ; 2012.

24. Telles Filho PC, et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para a enfermagem. Esc. Anna Nery 2011;15(3):581-586.
25. Martin P, et al. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly . Patient Educ Couns 2013; Jul;92(1):81-7.
26. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.4 ed. rev.Porto Alegre; Artmed;2002.
27. Meadows R. The negotiated night : An embodied conceptual framework for the sociological study of sleep. The Sociological Review.2005; 53(2): 240-254.
28. Puijalon B. Edito. Gérontologie et société 2006;1 (116) :10-12.
29. Henchoz K, Lalive d'Épinay C. Le sommeil et les significations de La nuit dans la grande vieillesse.Gérontologie et société 2006;1 (116): 25-44.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos resultados contribuem para proporcionar maior visibilidade a um problema de saúde pública, o uso crônico de benzodiazepínicos pela população idosa. Revelam que o universo pesquisado atribui significados e interpretações culturalmente associados às suas experiências quanto ao consumo de benzodiazepínicos, baseados em lógicas que distanciam a prescrição médica do fármaco da maneira como esta prescrição é percebida e interpretada no cotidiano dos usuários dessa medicação.

Para os idosos entrevistados, a falta de sono, o estresse, o nervosismo, a preocupação, a angústia, a solidão, são alguns dos fatores que justificam o uso de benzodiazepínicos. Percebe-se o desejo de que os comprimidos prescritos para dormir possam, magicamente, aliviar o mal-estar psíquico, a condição de “nervoso”-situação preocupante, intangível, que representa certas questões existenciais, sociais, culturais e familiares - e os leva a querer dormir e descansar, encontrando no uso crônico de benzodiazepínicos um “alívio” possível.

Porém, não se notam ações no sentido de proporcionar aos idosos, melhor acesso a aparatos que poderiam ser definitivamente mais benéficos e duradouros para aliviar o que os incomoda. Mudanças em hábitos de vida, moradias adequadas, participação em grupos de convivência, oportunidades de lazer, realização de atividades físicas, campanhas promotoras de qualidade de vida e de resiliência, psicoterapias de grupo e individuais adaptadas à realidade do idoso não são relatadas por nenhum dos entrevistados.

Ressalta-se ainda que, a população pesquisada, mesmo reconhecendo que o uso crônico possa levar à condição de “vício”, desconhece que a pessoa idosa se mostra especialmente vulnerável a efeitos adversos dessa medicação, tais como sedação, risco de quedas e comprometimento cognitivo, pois não é alertada sobre isso. Assim, ela prefere buscar a sensação de aparente bem - estar que os benzodiazepínicos induzem ao *amenizar* os problemas subjacentes, como a

consciência da própria finitude, as perdas, as alterações na dinâmica familiar e todas as dores, de ordem moral, psíquica e ou física.

A necessidade de prescrição farmacológica é questionada, pois os obriga à busca irrefletida e recorrente por receitas que permitam o acesso a um remédio que os livra de pensar. Para obtê-las, os idosos retornam ao serviço, mas “qualquer um fornece” a receita. Essa situação pode ser estratégica para abordar o problema, pois dada a obrigatoriedade da receita, o profissional médico poderia atuar reavaliando a real necessidade da sua continuação, ou ainda proporcionando outras formas de cuidado não medicamentoso e de escuta interessada acerca do “nervoso” que motiva o uso prolongado dessas drogas.

Além disso, antes de agravar o sofrimento de quem usa os serviços de saúde, cabe reconhecer a importância que os usuários atribuem a estas medicações, para quem o benzodiazepínico pode significar algo mais importante que o “arroz” de cada dia, dado o alívio que proporciona. Essa informação deve ser considerada no planejamento de estratégias para minimizar o uso crônico dessa medicação, ou mesmo para conscientizar o profissional médico no sentido de tentar evitar a primeira prescrição.

Para abordar um tema tão delicado e complexo, é necessário despertar a empatia dos profissionais de saúde para a própria impotência diante das experiências do ser humano ao envelhecer, bem como proporcionar a perspectiva de melhores condições de vida e de cuidados (para os idosos) e de condições de trabalho (para os profissionais). Isso passa pela disponibilização de outras formas terapêuticas, baseadas na esperança de mudanças possíveis, com maior respeito à fase da maturidade e da velhice. Essa não é uma tarefa restrita apenas a uma profissão ou a um contexto, social, familiar ou profissional. Ela demanda o cuidado do profissional médico e da equipe de saúde, assim como intervenções psicológicas e sociais na comunidade.

Certamente mais estudos se fazem necessários para compreender melhor as ferramentas de descontinuação segura do uso de benzodiazepínicos entre usuários

crônicos, identificar quais seriam as características da população mais vulnerável ao uso crônico, bem como daquela mais resiliente, capaz de enfrentar situações estressantes sem precisar de apoios de medicações necessárias para “dar alívio” ao intenso sofrimento nesses momentos da vida.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1 Roteiro para entrevista

1 Apresentação:

O (a) senhor (a) está participando do Projeto Bambuí Saudável, e gostaríamos que nos respondesse a algumas perguntas sobre o uso de medicamentos. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) a partir do sétimo questionário que respondeu para o Projeto Bambuí Saudável em 2004 do qual aceitou participar.

2 Pergunta para explicitar a questão em foco:

a)- O (a) senhor (a) fez uso de alguma medicação nos últimos três meses? Com a resposta positiva: O senhor está em uso atualmente de algum tipo de medicação?

b) – O Sr (Sra) se lembra de quais foram estas medicações?

3 Perguntas para abordar “signos, significados e ações”:

(centralizar as demais perguntas para o benzodiazepínico)

- O Sr (Sra) se lembra de qual foi a dose utilizada desta medicação?
- O Sr (Sra) ainda está utilizando esta medicação?
- Por quanto tempo o Sr (Senhora) tem usado esta medicação, ou usou esta medicação? (Em caso de uso atual questionar por quanto tempo acredita que usará esta medicação?)

- Qual a dose utilizada?
- Quem prescreveu pela primeira vez esta medicação? (em caso de ter sido a primeira prescrição médica questionar se ainda persiste em acompanhamento médico ou se existiu acompanhamento posterior no caso em que a medicação já tenha sido interrompida)
- A dose prescrita é a mesma dose que você utiliza (utilizou)?
- Qual é o motivo do uso desta medicação?
- Qual foi o efeito resultante do uso desta medicação? (pedir para citarem efeitos positivos, negativos, efeitos colaterais)
- Qual a opinião do Sr (Sra) sobre o uso deste tipo de medicação?
- O Sr vê algum problema em usar este tipo de medicação por um longo período? E em interrompe-la?
- O Sr(a) conhece outras pessoas que usam esta medicação? Quem são elas?
- As pessoas de sua família sabem que o Sr(a) usa ou usou esta medicação? O que eles pensam sobre isto? Eles já sugeriram alguma mudança no uso? (Explorar sugestões sobre interrupção, troca de dose, maneira de usar)
- O que o Sr(a) acha sobre o uso deste tipo de medicamento?
- O Sr (Sra) faria uso desta medicação novamente? (em caso de já ter sido interrompida no momento da entrevista?

8.2 Anexo 2 Consentimento Pós - Informação

O Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz está realizando uma pesquisa sobre o uso de um tipo de medicação. O objetivo geral do projeto é compreender como as pessoas interpretam e lidam com o uso destes medicamentos.

Esta pesquisa envolve a realização de 1, 2 ou 3 entrevistas com o (a) senhor (a). Estas entrevistas serão agendadas em local e data de sua conveniência.

Toda informação obtida nesta pesquisa é considerada confidencial. Entretanto o (a) senhor (a) poderá ter acesso à sua entrevista.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) a partir do sétimo questionário que respondeu para o Projeto Bambuí Saudável do qual aceitou participar.

SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA É TOTALMENTE VOLUNTÁRIA.

Para qualquer esclarecimento, sugestão ou reclamação referente a esta pesquisa o(a) senhor (a) poderá entrar em contato com a Coordenadora da Pesquisa: Professora Maria Elizabeth de Oliveira Demichelli no centro de Pesquisas René Rachou (32953566, ramal 132).

O (a) senhor (a) gostaria de participar desta pesquisa?

Sim _____ Não _____

(Data e Assinatura)

8.3 Anexo 3 Comprovante de aceite do artigo: 'USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE IDOSOS: "NERVOSO" CONTROLADO, ALÍVIO GARANTIDO', pela Revista de Saúde Pública-USP

De: RSP [root@dell.mzo.com.br]

Enviado: segunda-feira, 26 de maio de 2014 19:33

Para: Josélia Oliveira Araújo Firmo - Fiocruz

Cc: rspline@fsp.usp.br

Assunto: RSP - Artigo aceite

Revista de Saúde Pública - USP]<<http://rsp.fsp.usp.br/>>

Manuscrito nº 4986

Prezada Colaboradora Josélia Oliveira Araújo Firmo

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado 'USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE IDOSOS: "NERVOSO" CONTROLADO, ALÍVIO GARANTIDO', em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito.

Na seqüência, seu manuscrito será encaminhado para a Equipe de Redação para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês para divulgação na Internet.

Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para rspline@fsp.usp.br<<mailto:rspline@fsp.usp.br>>.

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,
Maria Teresinha Dias de Andrade Editora Executiva

PS Lembramos que a partir de 2012, por motivos já divulgados em nosso site, passamos a cobrar uma taxa para publicação de cada manuscrito aprovado. Assim sendo, tendo havido sua prévia concordância, informamos que será encaminhada em seu nome, pela Secretaria da RSP, fatura proforma no valor estipulado por artigo.

8.4 Anexo 4 Comprovante de recebimento do artigo pela Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

De: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**<revistabgg@gmail.com>

Data: 11 de março de 2014 19:45

Assunto: Re: Submissão de artigo científico intitulado Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir, de autoria de Jussara Mendonça Alvarenga, Antônio Ignácio de Loyola Filho, Elizabeth Uchôa, Karla Giacomini e Josélia

Para: Jussara Alvarenga <alvarengaim@gmail.com>

Prezada Jussara Alvarenga,

Boa noite! Acusamos o recebimento do artigo "Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio no jogar água no fogo, não pensar e dormir", registrado sob o nº **14-045**. Temos satisfação por seu interesse em publicar na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e informamos que a avaliação de artigos para publicação obedece às seguintes etapas:

1ª etapa – avaliação preliminar

(a) a avaliação preliminar visa considerar os objetivos editoriais, os aspectos formais do texto, bem como sua potencial contribuição ao campo da Geriatria e Gerontologia, pré-requisitos para seu encaminhamento às etapas seguintes;

2ª etapa – avaliação por pares

(b) avaliação do mérito por meio de procedimentos de revisão externa por pares (*peerreview*);

3ª etapa – parecer final de avaliação

(c) envio ao autor do Parecer Técnico de Avaliação. O anonimato do autor/consultor é garantido em todo o processo de avaliação.

O artigo enviado será encaminhado para avaliação preliminar. Retomaremos o contato após a conclusão do relatório técnico de avaliação.

Cordialmente,

Márcia Mendonça

RBGG

Obs.: recebemos o artigo enviado pelo correio.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnATI / CRDE / UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar, bloco F

20559-900 – Rio de Janeiro, RJ

E-mails: crderbgg@uerj.br erevistabgg@gmail.com

Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1809-9823&lng=es&nrm=1

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatry* 2013; 28(1):7-20.
2. Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(10): 1341-5.
3. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima- Costa MFF, Uchoa E. Prevalence and socio-demographic characteristics associated with Benzodiazepines use among community-dwelling older adults: results from the Bambuí study. *Rev Bras Psiquiatr* 2007 (30):7-11.
4. Gleason PP, Schulz R, Smith NL, Newsom JT, Kroboth PD, Kroboz FJ, Psaty BM. Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community- dwelling elderly. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 243-250.
5. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf.* 2004; 3(5): 485-93.
6. Rozenfeld S, Camacho LAB, Veras RP. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. *Pan Am J Public Health* 2003; 13(6):369-75.
7. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long - term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22(3): 285-93.
8. Prévaille M, Bossé C, Vasiliadis HM, Voyer P, Laurier C, Berbiche D, et al. Correlates of potentially Inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study. *Canadian J Aging* 2012; 31(3):313-22.
9. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 419-25.
10. Egan M, Moride Y, Wofson C, Monette J. Long - Term continuous use of benzodiazepine by older adults in Quebec: Prevalence, incidence and Risk factors. *JAGS* 2000; 48:811-6.

11. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: Um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13:896-902.
12. Cook JM, Biyanova T, Masci C. Older patients perspectives on long-term anxiolytics benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007; 22:1094-100.
13. King M B, Willian P, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the view of patients. *Br J Gen Pract* 1990; 40:194-6.
14. Voyer P, McCubbin M, Cohen D, Lauzon S, Colli J, Boivin C. Unconventional indicators of drug dependence among elderly. *Issues Ment Health Nurs* 2004; 25: 603-28.
15. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Rrog* 2005; 1(2): artigo 8.
16. Bernik M, Corregiari F, Corchs F. Tratamento de transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social. In: Sena EP, Miranda-Scippa AMA, Quarantini LC, Oliveira IR. *Psicofarmacologia Clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2011. Cap. 34: 331-337.
17. Bernik M. Aspectos Clínicos e farmacológicos dos tranquilizantes e benzodiazepínicos. São Paulo: Edimédica; 2010.
18. Bueno JR. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos- uma revisão. *Rev. Debates em Psiquiatria Mai/Jun* 2012; 6-11.
19. Marks, J. *The benzodiazepines-Use, overuse, misuse, abuse-MTP*. Lancaster MIT Press Ltd. 1978
20. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R; Silver Network Home Care Study Group. Psychotropic medications and risk falls among community - dwelling frail older people: an observational study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(5):622-6.
21. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med*. 2004; 164(14): 1567-72.
22. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* 2012 27; 345:e6231.

23. Llorente MD, David D, Golden AG, Silverman MA. Defining patterns of benzodiazepine use in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 150-60.
24. Rikala M, Korhonen M J, Sulkava R, Hartikainen S. Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people-characteristic of persistent and incident users. *Eur J Clin Pharmacol* 2011; 67(7):731-73.
25. Cheng J-S, Huang W-F, Lin K-M, Shih Y-T. Characteristics associated with benzodiazepines usage in elderly outpatients in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 618-24.
26. Spanemberg L, Nogueira E L, Silva CTB, Dargél AA, Menezes FS, Neto AC. High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. *Gen Hosp Psychiatr* 2011; 33 (1): 45–50.
27. Martinsson G, Fagerberg I, Wiklund-Gustin L, Lindholm C. Specialist prescribing of psychotropic drugs to older persons in Sweden - a register-based study of 188 024 older persons. *BMC Psychiatry* 2012; 13;12:197. doi: 10.1186/1471-244X-12-197.
28. Prévillé M, Vasiliadis HM, Bosse C, Dionne PA, Voyer P, Brassard J et al. Pattern of psychotropic drugs use among older adults having a depression or an anxiety disorder: Results from the longitudinal ESA study. *Can J Psychiatry* 2011;56:348-57.
29. Stewart S.A. The effects of benzodiazepines on cognition. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 2, 9-13.
30. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially Inappropriate Medication use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):616-31.
31. Martin P et al, A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.016>
32. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 2005; 1(2): artigo 8.

33. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. rev., 2002. Porto Alegre, Artmed.
34. Voyer P et al. Unconventional indicators of drug dependence among elderly. *Issues Mental Health Nurs.* 2004;25:603-28.
35. Mynayo MC, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou Complementaridade? *Cad Saúde Públ* 1993; 9(3): 239-62.
36. Rodrigo E K, King M B, Williams P. Health of long term benzodiazepine users. *Br Med J* 1998; 296: 603-6.
37. Cook JM, Biyanova T, Thompson R, Coyne JC. Older primary care patients Willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(5): 396–401.
38. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä S-L. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and relates drugs among community-dwelling older persons. *Age ageing* 2010; 39: 313-9.
39. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Higton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Br. J. Psychiatr* 2014; 204:98-107
40. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(4):1131-40.
41. Manderbacka K. Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scan J Soc Med* 1998; 26(2) 145-53
42. Canesqui AM. Health and illness anthropological studies in the 90's in Brazil. *Ciênc Saúde coletiva* 2003; 8 (1): 109-24
43. Good B., Good MJ. The meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: L. Eisenberg and A. Kleinman (eds.). *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co. 1980 P. 165-96
44. Good BJ. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. 1994
45. Good BJ. *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*. *Cult med psychiatry* 1977 1: 25-58.

46. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88 (2):251-8.
47. Corin E, Bibeau G, Harnois G. Les attitudes dans le champ de la santé mentale. Références théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS; (Rapport Technique).1989
48. Geertz C. Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology. Basic Books, United States.1983
49. Almeida Filho N, Coelho AMT, Peres TMF. Modelos explicativos da saúde na Antropologia Médica Contemporânea. *Rev USP. São Paulo* 1999 43: 100-25.
50. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204
51. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumaré B, Coulibaly B, Coulibaly M, et al. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de références. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24: 149-81
52. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973
53. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cul Med Psychiatry* 1977; 1:9-23
54. Kleinman A. Patients and healers in the context of cultures. An exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1980
55. Good B, Del Vecchio MJ. Toward a meaning-centered analysis as popular illness categories: "fright-illness" and "heart distress" in Iran. In: Marsella AJ, White GM, editors. Cultural conceptions of mental health and therapy. Dordrecht: D. Reidel Publishing; 1982: 141-66
56. Uchôa E. Epidemiologia e antropologia. Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO 1997. p. 87-109
57. Kleinman A, Good B. Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985

58. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:497-504
59. Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990
60. Corin E, Bibeau G, Uchôa E. Eléments d'une semiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Bwa et Soninkédu Mali. *Anthropol Soc* 1993; 17:125-56.
61. Lima-Costa MFF, et al. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 126-35.