

USO DE PSICOTRÓPICOS POR PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS HOSPITALIZADAS

VALKENIA ALVES DA SILVA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, kenia3523@gmail.com;

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, rafafsv@gmail.com;

MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, mayara_muniz_@hotmail.com;

JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Doutora em Ciências pela EERP/USP. Professora Associada da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, jacirasantosoliveira@gmail.com.

RESUMO

A fragilidade é considerada uma síndrome multidimensional promovendo declínio estrutural e funcional dos sistemas fisiológicos do idoso. Além disso, outras circunstâncias, como a presença de fatores externos podem contribuir para o agravamento da situação, podendo-se citar o uso de medicamentos pela pessoa idosa. **Objetivo:** analisar o uso de psicotrópicos por pessoas idosas frágeis hospitalizadas. **Método:** Estudo transversal prospectivo desenvolvido na Clínica Médica de um hospital público de ensino. A amostra constituiu-se por 142 idosos hospitalizados. Os dados foram coletados entre abril de 2018 a abril de 2019. Para avaliação da fragilidade, utilizou-se a versão da *Edmonton Frail Scale*, adaptada e validada no Brasil. Os dados foram analisados por testes estatísticos de associação entre variáveis. Considerou-se os seguintes testes de associação: Testes Qui-quadrado e o Teste exato de Fisher, quando o teste qui-quadrado fornecia evidência de imprecisão, ao nível de confiança de 95%. **Resultados:** Os resultados evidenciaram associação entre uso de psicotrópicos e fragilidade. **Conclusão:** o uso de psicotrópicos pode refletir de forma negativa na saúde da população senil e em associação com à fragilidade pode comprometer ainda mais sua qualidade de vida, sendo importante criar estratégias de inclusão no acompanhamento desse idoso que estabeleçam a real necessidade de prescrição desses medicamentos, levando-se em consideração o contexto em que encontra-se inserido o idoso.

Palavras-chave: Idoso, Fragilidade, Uso de medicamentos, Psicotrópicos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional mundial decorre da combinação da redução da taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida. Embora as populações em todo o mundo estejam envelhecendo rapidamente, são escassas as evidências de que o aumento da longevidade está sendo acompanhado pela manutenção da qualidade de vida dos indivíduos (BOARD et al., 2016).

O processo de envelhecimento é permeado por alterações dos principais mecanismos fisiológicos, causando um declínio da capacidade físico-funcional. Além disso, o avançar da idade favorece o aumento das demandas psicossociais para essa parcela da população (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Nesse sentido, as pessoas idosas frequentemente apresentam a sua capacidade funcional inferior a pessoa de faixas etárias mais jovens. No entanto, à medida que esse processo é acompanhado por comorbidades e dependências físicas e/ou mentais, as implicações para o indivíduo e para a sociedade são negativas (BOARD et al., 2016).

Embora haja uma estimativa de que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos apresentam mortalidade por determinadas doenças, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica, as limitações funcionais e mentais relacionadas a síndromes geriátricas ainda é subestimada. A combinação entre mudança fisiológica, doença crônica isoladas e associadas podem resultar em estados de saúde que não são capturados pelas classificações tradicionais de doenças, havendo a necessidade de destacar aspectos funcionais e multifatoriais como àqueles que envolvem síndromes geriátricas (BOARD et al., 2016; WHO, 2013).

A fragilidade é considerada uma síndrome geriátrica multidimensional que caracteriza-se pelo declínio fisiológico dos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico. As consequências de tais alterações são: diminuição de massa muscular, "sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, que irão compor o fenótipo da fragilidade" (FRIED et al., 2001; LIBERALESSO et al., 2017).

Em estudo realizado na região centro-oeste do Brasil com uma amostra de 360 indivíduos cuja idade era igual ou superior a 65 anos foi identificada uma prevalência de 47,2% de pessoas frágeis. Em

países de alta renda a proporção de pessoas idosas frágeis é de 17% (SANTOS-EGGIMANN et al., 2008).

Os sinais e sintomas da fragilidade são variáveis mas, no geral, podem apresentar-se por fadiga, perda de peso não intencional, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão diminuída e lentidão da marcha e do equilíbrio. A medida que o quadro clínico avança, há uma diminuição nas habilidades para executar tarefas da vida diária de modo que o idosos que apresentam uma ou duas dessas características são classificados de pré-frágeis, e os que apresentam três ou mais são classificados como frágeis (FRIED et al., 2001).

Diante das condições supracitadas, muitas vezes torna-se necessário a hospitalização para cuidado e tratamento, porém quando essa internação torna-se prolongada pode trazer complicações de repercussão negativa à saúde, bem como, redução da sua capacidade funcional e agravamento da condição de fragilidade (NUNES et al., 2017).

A existência da fragilidade estabelece uma forte relação com o tempo de internação do idoso, ou seja, quanto mais frágil maior será o período de permanência no ambiente hospitalar. Tal fato contribui para o aumento da dependência e desenvolvimento de incapacidades (WALLIS et al., 2015).

Vale ressaltar que a presença de comorbidades associada a síndrome da fragilidade implica em maiores riscos de complicações para a pessoa idosa, tais como: as incapacidades, risco de cair, institucionalização, hospitalização e morte (LIBERALESSO et al., 2017; VERMEIREN et al., 2016). Além disso, outras circunstâncias, como a presença de fatores externos podem contribuir para o agravamento da situação, como o uso de medicamentos (MAYCON et al., 2014).

O uso generalizado de medicamentos tem sido comumente prescrito para pessoas idosas, tornando-se um importante problema de saúde pública, tendo em vista a gama de efeitos adversos provocados. Importante ressaltar que o processo de envelhecimento altera o mecanismo de absorção, metabolização e excreção dos fármacos, sendo necessário constantes ajustes do tipo e dosagem dos mesmos (SECOLI et al., 2018).

De acordo com Bezerra et al. (2016) os fármacos de maior consumo pela população acima dos 60 anos são os inibidores de serotonina, antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, benzodiazepínicos,

anticonvulsivantes, hipoglicemiantes, diuréticos e antiarrítmicos. Desses, destaca-se o uso dos psicotrópicos para tratamento de distúrbios do sono, depressão e das doenças neurológicas degenerativas (FEGADOLLI et al., 2019).

Para Alvim et al. (2017) os medicamentos psicotrópicos modificam processos neurais e ocasionam alterações no comportamento, humor e cognição. Destarte, a classe dos benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos, podem provocar efeitos adversos severos, favorecendo a elevação dos riscos de acidente vascular cerebral, aumento da taxa de mortalidade e dependência química.

Pesquisa realizada no Brasil que avaliou a taxa de uso de fármacos da classe de psicotrópicos, revelou que os maiores consumidores desses medicamentos são idosos (ACKEL; FILHO, 2017). Nesse sentido, outro estudo desenvolvido na região Sudeste do Brasil, identificou prevalência de 10,8% de uso de psicotrópicos por pessoas acima de 60 anos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017)

Em outro estudo de cunho epidemiológico apresentou uma estimativa de 22% de idosos residentes em comunidade e 30% dos que frequentam os serviços de saúde, fazem uso frequente de psicotrópicos - benzodiazepínicos (ALVARENGA et al., 2015). Corroborando o achado supracitado, pesquisa realizada em populações distintas, detectou que entre 59,7% e 74,6% de idosos institucionalizados, consomem esses fármacos, já na comunidade houve uma variação na prevalência de 9,3% a 37,6% (MAN et al., 2009; ALVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Ainda nesse sentido, Lakey et al. (2012) evidenciou a relação entre o uso de antidepressivo e a presença de fragilidade em mulheres americanas, onde o risco para ocorrência de fragilidade é duas vezes mais elevado. Corroborando com esses achados, pesquisa realizada por Bandeira et al. (2018) também evidenciou a associação entre o uso de antidepressivos e fragilidade, tendo maior influência no itens referentes ao ritmo da marcha, disposição física e estado ponderal do idoso.

Portanto a detecção de grupos vulneráveis e a identificação dos fatores associados à fragilidade, pode favorecer a elaboração de estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, evitar a dependência de substâncias e o surgimento de efeitos adversos com o alto consumo dessa classe de medicamentos. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o uso de psicotrópicos por pessoas idosas frágeis hospitalizadas.

METODOLOGIA

Estudo transversal prospectivo desenvolvido em unidade de interação de Clínica Médica de um hospital público de ensino localizado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

O processo de amostragem foi probabilístico, por meio de técnica de amostragem simples, baseado no número de pessoas idosas internadas na unidade clínica. A amostra constituiu-se por 142 de pessoas idosas hospitalizadas que atendessem aos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos e cognição preservada de acordo com o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e aos de exclusão, que foram pessoas idosas hospitalizadas que não tivessem condições clínicas de atenderem aos comandos durante a entrevista.

A coleta de dados foi realizada em enfermarias por pesquisadores previamente capacitados para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Portanto, foram realizados treinamentos específicos acerca dos instrumentos de coleta de dados utilizados para evitar vieses relacionados à coleta de dados. Os dados foram coletados entre abril de 2018 a abril de 2019.

Os participantes responderam questionário sociodemográfico que os caracterizou quanto ao sexo (feminino ou masculino), idade (em anos completos), estado conjugal (casado/união estável, viúvo, solteiro ou separado/divorciado), cor/raça (branca, preta, amarela, parda ou indígena), escolaridade (em anos de estudos formais), religião, tempo de moradia em sua residência (em anos), com quem e quantas mora na sua residência (sozinho, esposo(a), filho (s), genro/nora, neto (s), bisneto (s), irmão (s), primo (s), amigo (s) ou outros), renda individual e familiar (por salário mínimo) e fonte de renda (aposentadoria, pensão, aluguel ou trabalho próprio).

Para a triagem dos participantes com condições de participação, quanto à sua capacidade cognitiva, aplicou-se o MEEM que é composto de 11 questões agrupadas em sete categorias: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculos, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, os quais são atribuídos pontos de corte: para os não alfabetizados o escore final deveria alcançar a partir de 13 pontos, para àqueles com escolaridade entre 1 a 4 anos ou 4 a 8 anos incompletos o escore

deveria ser a partir de 18 pontos e àqueles com 8 anos ou mais de estudo considerar-se-ia o ponto de corte de 26 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 2009).

Para avaliação da fragilidade, utilizou-se a versão da Edmonton Frail Scale, adaptada e validada no Brasil, composta por nove domínios, representados por 11 itens: cognição (teste do desenho do relógio, que consiste em apresentar para o entrevistado o desenho de um círculo e solicitar que imagine um relógio, coloque os números nas posições corretas e, em seguida, inclua os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos"), estado geral de saúde (internações no último ano e autopercepção de saúde), independência funcional (necessidade de ajuda para atividades diárias), suporte social (ajuda para atender às necessidades), uso de medicamentos (uso de medicamentos e esquecimento), nutrição (perda de peso), humor (percepção de tristeza/depressão), continência (controle urinário), desempenho funcional (levante e ande cronometrado, para equilíbrio e mobilidade). A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para classificação de fragilidade são: 0 a 4 pontos não apresenta fragilidade, 5 a 6 aparentemente vulnerável, 7 a 8 fragilidade leve, 9 a 10 fragilidade moderada e 11 ou mais, severa (FABRÍCIO-WEHBE, 2008).

Na análise dos dados quantitativos foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e econômicas para caracterização da amostra e compreensão do perfil de pessoas idosas investigadas. As variáveis foram analisadas a partir da construção de tabelas mistas, em que as variáveis principais, níveis de fragilidade e risco de quedas, foram cruzados com os níveis das demais variáveis presentes no estudo, as quais foram consideradas variáveis potencialmente explicativas das variáveis principais.

A partir deste cruzamento, para análises estatísticas adequadas foram executados testes de associação entre variáveis, com intuito de testar as hipóteses relacionadas ao desfecho principal relação entre fragilidade e risco de quedas. Considerou-se os seguintes testes de associação: Testes Qui-quadrado e o Teste exato de Fisher, quando o teste qui-quadrado fornecia evidência de imprecisão, ao nível de confiança de 95%.

Este estudo respeitou aspectos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos evidenciados na Resolução 466/2012

no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Portanto, atentou-se para fornecimento de informações sobre os objetivos e o procedimentos que serão realizados na coleta de dados; riscos e benefícios; anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas; e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Além disso respeitou as responsabilidades e deveres do Código de Ética profissional da Enfermagem contemplados no Capítulo III, artigos 57 e 58, da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 0564/2017 (COFEN, 2017).

Desse modo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob parecer: 2.457.518. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica e econômica das pessoas idosas hospitalizadas, observou-se que a maioria tinha entre 60 e 69 anos (59,2%); eram do sexo feminino (52,8%). Quanto à religião (75,4%) eram católicos; não alfabetizados (38,7%) e com renda individual mensal \leq a 1 salário-mínimo, proveniente da aposentadoria (74,6%). Houve correlação estatística entre síndrome da fragilidade em idosos hospitalizados e as seguintes variáveis: sexo, escolaridade e fonte de renda (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados, segundo dados sociodemográficos e econômicos. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=142).

Variáveis	n (%)	p-valor
Idade		
60 a 69 anos	84(59,2)	0,179 ⁽¹⁾
70 a 79 anos	46(32,4)	
80 anos ou mais	12 (8,4)	
Sexo		
Masculino	67(47,2)	0,001 ⁽¹⁾
Feminino	75(52,8)	
Religião		
Católico	107(75,4)	0,079 ⁽²⁾
Evangélico	31(21,8)	

Variáveis	n (%)	p-valor
Outras	04(2,8)	
Escolaridade		
Não alfabetizado	55(38,7)	
1 a 4 anos	38(26,8)	0,022 ⁽²⁾
5 a 10 anos	27(19)	
Acima de 10 anos	22(15,5)	
Renda individual mensal		
≤1SM*	95(66,9)	
2 a 4 SM*	39(27,5)	0,184 ⁽²⁾
5 a 7 SM*	07(4,9)	
>8SM*	01(0,7)	
Fonte de renda		
Aposentadoria	106(74,6)	
Pensão	22(15,5)	0,022 ⁽²⁾
Trabalho Próprio	10(7)	
Outras	04(2,9)	

* Salário mínimo na época (R\$954,00)

Teste qui-quadrado

Teste exato de Fisher

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

Os achados referentes as características sociodemográficas e econômicas das pessoas idosas entrevistadas são semelhantes a outros estudos realizados no Brasil, com destaque para predomínio do sexo feminino, baixa escolaridade, religião católica e renda mensal de ≤ a 1 salário-mínimo. Achados habitualmente presentes na população brasileira e que também foram associadas a condição de fragilidade entre idosos brasileiros (HOOGENDIJK et al., 2017; RODRIGUES et al., 2019).

Destarte, o risco de fragilização do idoso, apresenta-se elevado na presença das seguintes condições: "sexo feminino, idade avançada, de baixa renda, em uso de três medicamentos ou mais, com declínio cognitivo e funcional e presença de sintomas indicativos de depressão" (BUTTERY, et al., 2016; HAJEK, et al., 2016).

Tais dados podem ser justificados devido as mulheres terem uma longevidade maior e a tendência da fragilidade agravar-se com o avançar da idade. A feminização da população idosa, tem se mantido

constante no Brasil, representando 50,7% em 2000 e 50,6% em 2019. Embora a fragilidade esteja interligada com as modificações fisiológicas da própria senescência, as mulheres estão mais expostas a condições sociais desfavoráveis, como baixo nível de escolaridade, isolamento e solidão (MOURA, DOMINGOS, RASSY, 2018).

Quanto ao uso de psicotrópicos pela população senil feminina, estudo realizado na atenção básica do município de Campinas – SP apontou que esses fármacos foram mais utilizados por mulheres, indivíduos de raça/cor branca, com pior percepção da saúde, distúrbios mentais comuns e problemas emocionais (PRADO, 2017).

No que concerne a escolaridade, observou-se que a maior parte das pessoas idosas entrevistadas (38,7%) declararam ser não alfabetizadas, estando na condição de internação com síndrome de fragilidade. Resultado esse condizente com pesquisa realizada por Carneiro et al. (2016), que evidenciou a relação entre baixo grau de escolaridade com a favorecimento da fragilidade, acarretando em prejuízo na qualidade de vida da pessoa idosa, bem como, proporcionando riscos à saúde dessa população. Corroborando esses achados Santos-Orlandi et al. (2017), afirma que na época de nascimento dessas pessoas idosas, o acesso às escolas era precário ou inexistente.

Importante ressaltar que o processo de envelhecimento traz consigo mudanças no corpo da pessoa idosa, o que favorece a diminuição do equilíbrio e força muscular, quedas, uso de múltiplas medicações, hospitalização e mortalidade (GROSS, 2018). Nesse sentido, pesquisa realizada com 339 idosos revelou que mais da metade da população estudada, com idade maior que 75 anos foi considerado frágil, o que ratifica que as percentagens de fragilidade estão mais presentes à medida que a idade avança (DUARTE; PAUL; 2015).

Destarte, existem peculiaridades relacionadas aos fatores multidimensionais de ordem psicossocial que propiciam a síndrome da fragilidade como: estado de pobreza, estado de moradia, renda baixa, analfabetismo ou baixo grau de escolaridade, entre outros. Tais condições viabilizam o surgimento de patologias crônicas, aumentam a procura por serviço, bem como torna o idoso mais vulnerável (PINTO; COUTINHO, 2014).

No que tange à ocupação atual, nesse estudo houve predominância de pessoas idosas aposentadas 106 (74,36%). "Aposentadorias,

pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento das pessoas idosas na população brasileira" (WENDT et al., 2015). De fato, a posição socioeconômica da pessoa idosa é abrangente e perpassa por condições como escolaridade, ocupação, fonte de renda e estilo de vida (JESUS et al., 2017).

Vale ressaltar que embora os fatores socioeconômicos supracitados, contribuam para a qualidade de vida do idoso, deve-se levar em consideração outras condições sociais que podem favorecer a síndrome da fragilidade, tais como o isolamento social e familiar e a pouca eficácia de políticas públicas voltadas a essa parcela significativa da população. Dessa forma faz-se necessário ter um olhar mais ampliado e uma melhor compreensão dos eventos que podem favorecer o adoecimento do idoso, atenuando a sua vulnerabilidade, quando relacionada a fatores de estruturação social (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Em relação ao cruzamento entre o uso de medicamentos psicotrópicos e a presença de fragilidades mensurada pela Escala de Fragilidade de Edmonton, observou-se relevância estatística na amostra estudada, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Uso de medicamentos psicotrópicos e a presença de fragilidades pela Edmonton Frail Scale em idosos hospitalizados. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=142)

Classificação da Escala de Fragilidade de Edmonton	Uso de psicotrópico		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Não apresenta fragilidade	7 (5%)	24 (16,9%)	
Aparentemente vulnerável	6 (4,22%)	25 (17,6%)	
Fragilidade leve	6 (4,22%)	30 (21,13%)	0,002(*)
Fragilidade severa	11 (7,76%)	14 (9,9%)	
Total	34 (24%)	108 (76%)	

(*) - Teste exato de Fisher

* - p-valor do teste menor que 0,01

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

O processo de envelhecimento submete progressivamente o organismo a diversas mudanças de ordem estrutural e funcional, tais modificações resultam da interação de fatores intrínseco e extrínsecos,

e uma dos resultados desse contexto é a maior sensibilidade dos idosos ao efeito dos medicamentos. Os riscos decorrentes do processo de senescência associado às comorbidades, favorecem o uso de uma gama de medicamentos o que torna o idoso vulnerável a ocorrência de iatrogênicas e eventos adversos, configurando-se como relevante causa de mortes nessa população (TOMMASO et al., 2021).

Estudos realizados sobre o uso de medicamentos entre a população idosa revelou que a maioria de 80 a 90 % utiliza ao menos um tipo de medicação e de 30 a 40% fazem uso da polifármacia (CRUZ, 2019). Dentre a grande variedade de fármacos usadas pela pessoa idosa, destaca-se o uso dos psicotrópicos como os benzodiazepínicos, antidepressivos neurolépticos, os quais apresentam como potenciais efeitos adversos alteração do equilíbrio, sonolência, diminuição da coordenação motora, entre outros. Tais eventos podem favorecer o risco de quedas, fraturas e comprometimento da capacidade funcional (TÉLLEZ-LAPEIRA et al., 2017).

No que concerne aos resultados do presente estudo quanto a associação entre fragilidade e uso de psicotrópicos, achados semelhantes foram evidenciados em pesquisa realizada por Bandeira et al. (2018) quanto ao uso inapropriado de antidepressivos e a chance aumentada para presença de fragilidade. Pesquisa realizada com idosos da cidade de São Paulo, integrantes do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), observou que dentre os idosos que faziam uso de medicamentos inapropriados, 40,1% foram considerados frágeis (CASSONI et al., 2014).

Dessa maneira o uso desses medicamentos pode refletir de forma negativa na saúde da população senil e em associação com à fragilidade pode comprometer ainda mais sua qualidade de vida, sendo importante criar estratégias de inclusão no acompanhamento desse idoso que estabeleçam a real necessidade de prescrição desses medicamentos, levando-se em consideração o contexto em que encontra-se inserido (BANDEIRA, 2018).

Uma das ferramentas importantes no cuidado a pessoa idosa é o envolvimento da família ou do cuidador nesse processo, juntamente com o idoso, gerando auto responsabilidade no desenvolvimento das ações. A realização de atividades de educação em saúde é um estratégia de fundamental importância para que os idosos compreendam

suas limitações, como também a importância do uso racional dos medicamentos prescritos, bem como, a forma correta de administração e as possíveis reações adversas, o que pode favorecer a menos risco de iatrogenias (TOMMASO et al., 2021).

Dentre as ações que podem ser desenvolvidas com enfoque na minimização do risco de fragilidade e conseqüentemente a perda de autonomia, a inclusão de um protocolo que aborde uma farmacologia geriátrica segura e eficaz para esse seguimento populacional, seria fundamental, considerando que a pessoa idosa faz uso potencial de vários medicamentos, e dos efeitos nocivos causados por esse uso, muitas vezes de forma inadequada. Neste contexto, o rastreamento e acompanhamento da síndrome de fragilidade, em particular quando associada ao uso de terapias medicamentosas que podem influenciar essa condição, configura-se como uma estratégia de promoção a saúde da pessoa idosa.

Um estudo americano realizado a partir de dados do *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2005 – 2015*, identificou que pessoas idosas que receberam benzodiazepínicos no setor de emergência foram mais propensos a serem posteriormente admitidos no hospital. Este estudo também identificou que, apesar das diretrizes que desaconselham o uso de benzodiazepínicos concomitantemente com opióides ou relaxantes musculares, as taxas de coadministração e co-prescrição desses agentes foram elevada (POURMAND et al., 2020).

Existem iniciativas internacionais que visam conscientização para a prescrição racional de determinadas classes de medicamentos para pessoas idosas. Nesse sentido, a American Geriatrics Society (2015) apresenta o Critério Beers para uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos visando considerar as melhores práticas para prescrever medicamentos para a população envelhecida dos Estados Unidos da América. A presença dos benzodiazepínicos nesta lista deve-se ao fato de existirem recomendações para evitar seu uso com qualidade moderada de evidência e forte força de recomendação. O motivo desta recomendação se dá devido a sensibilidade aumentada de pessoas idosas aos próprios benzodiazepínicos, bem como a seus metabólitos, aumentando o risco de fraturas, quedas, delírio, alterações na memória e acidentes automobilísticos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015).

Considera-se como limitação desse estudo o delineamento metodológico transversal, por não permitir estabelecer relações de causalidade. No entanto, pesquisas de cunho transversal possibilitam informações com maior agilidade e contribuem para monitorar as condições de saúde da população. Dessa forma, o estudo avança nas questões relacionadas ao atendimento prestado a pessoa idosa, estimulando os profissionais de saúde a conhecerem os fatores associados ao uso de psicotrópicos pela pessoa idosa associados a presença de fragilidade, a fim de qualificar o atendimento para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstram a predominância predomínio do sexo feminino, o elevado índice de idosos não alfabetizados, baixo poder aquisitivo e fonte de renda procedente de aposentadoria. Observou-se também a associação do uso de psicotrópicos e a presença de fragilidade. Esses achados destacam a necessidade de ponderação dos riscos e benefícios quando detectada a real necessidade de prescrição dessa população. Quando estabelecido o tratamento, estratégias de monitoramento regular e a avaliação da presença de síndromes geriátricas como a fragilidade devem ser adotadas a fim de identificar potenciais fatores de risco e promover a segurança e a qualidade de vida da população idosa.

Sugere-se para pesquisas futuras, avaliem a frequência do uso de substâncias psicotrópicas na população idosa, bem como sua associação e potenciais eventos adversos relacionados ao uso com outros fármacos e presença das síndromes geriátricas.

Outro ponto relevante seria promover ações de cunho educacional e capacitações com os profissionais de saúde que lidam com idosos, com a finalidade de identificar os fatores de risco associados à fragilidade e a adoção de novas práticas de atenção à saúde para prevenção de agravos em decorrência dessa síndrome.

REFERÊNCIAS

ACKEL, M. M. A. et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 57 – 69, 2017.

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249 – 258, 2015.

ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 31 – 40, 2010.

ALVIM, M. M. et al. Prevalence and factors associated with the use of benzodiazepines in the community elderly. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 463 – 474, 2017.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 63, p. 2227 – 2246, 2015.

BANDEIRA et al. Uso de antidepressivo e os componentes da síndrome de fragilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 7 – 15, 2018.

BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 21, n. 10033, p. 2145 – 2154, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BUTTERY, A. K. et al. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 22, p. 1 – 9, 2015.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 69, n. 3, p. 435- 442, 2016.

CASSONI, T. C. J. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1708 – 1720, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 0564/2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017.

CRUZ, R.R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F.M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

DUARTE, M.; PAUL, C. Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 871-880, 2015.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. **Adaptação cultural e validação da "Edmonton Frail Scale" (E FS) - escala de avaliação de fragilidade em idosos**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-13, 2019.

FOLSTEIN, M. FOLSTEIN, S. MCHUGH, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 2009.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

GROSS, C. B. et al. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-216, Mar. 2018.

HAJEK, A. et al. Predictors of frailty in old age: Results of a longitudinal study. **Journal of Nutrition Health Aging**, v. 20, n. 9, p. 952 – 957, 2016.

HOOGENDIJK, E. O.; HUISMAN, M.; VAN BALLEGOOIJEN, A. J. The role of frailty in explaining the association between the metabolic syndrome and mortality in older adults. **Experimental Gerontology**, v. 91, p. 5 – 8, 2017.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614 – 620, 2017.

LAKEY, S. L. et al. Antidepressant use, depressive symptoms, and incident frailty in women aged 65 and older from the Women's Health Initiative Observational Study. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 60, n. 5, p. 854 – 861, 2012.

LIBERALESSO, T. E. M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017.

MANN, E. et al. Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 9, p. 1 – 10, 2009.

MAYCON, S. P. et al. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-82, 2014.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4 p. 848 – 855, 2010.

NUNES, D. P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n.2, 2015.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO P. M. S.B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747 – 758, 2017.

PINTO, M. J. C. P; COUTINHO, S. C. N. Síndrome de Fragilidade. **Revista de Psicologia**, v.1, n. 2, p. 171-176, 2014.

POURMAND, A. et al. Patterns of benzodiazepine administration and prescribing to older adults in U.S. emergency departments. **Aging Clin Experimental Research**, v. 32, p. 2621 – 2628, 2020.

RODRIGUES, J. CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1400 – 1405, 2019.

SANTOS-EGGIMANN et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 64, p. 675 – 681, 2009.

SANTOS-ORLANDI, A. A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

SECOLI S. R. et al. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, Supl. 02, 2018.

SILVA, P. A.; ALMEIDA, L. Y.; SOUZA, J. The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

TÉLLEZ-LAPEIRA, J. M. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 52, n. 1, p. 31 – 34, 2017.

TOMMASO, A. B. G. et al. **Geriatría: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

VERMEIREN, S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. **Journal of American Medical Directors Association**, v. 17, n. 12, 2016.

WALLIS, S. J. et al. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. **International Journal of Medicine**, Oxford, v. 108, n. 12, p. 943 – 949, 2015.

WHO. **Global health estimates: deaths, DALYs, YLL and YLD, by cause, age, sex and regional grouping**, 2000–2012. 2013

WENDT, C. J. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p, 406 – 413, 2015.