Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Benzodiazepínicos e envelhecimento saudável: impacto na qualidade de vida e independência da população idosa de Anápolis, Goiás

Benzodiazepines and healthy aging: impact on quality of life and independence in the elderly population of Anápolis, Goiás

Benzodiacepinas y envejecimiento saludable: impacto en la calidad de vida y la autonomía de la población anciana de Anápolis, Goiás

Déborah Helena Pereira Pinheiro[1], Izabella Gomes de Souza[1], Abner Lucas Balduino de Souza[1], João Ricardo Sousa Vasconcellos[1], Bráulio Brandão Rodrigues[1], Flávia Gonçalves Vasconcelos[1], Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes[1].

RESUMO

Objetivo: Comparar o perfil de idosos usuários e não-usuários de benzodiazepínicos em Anápolis, avaliando qualidade de vida, funcionalidade cognitiva e capacidade funcional como determinantes do envelhecimento ativo. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo conduzido com 36 idosos (≥60 anos) em Anápolis, Brasil. Os participantes foram divididos em usuários e não-usuários de benzodiazepínicos. Foram aplicados instrumentos padronizados para avaliar qualidade de vida (WHOQOL-bref), funcionalidade (Escalas de Katz e Lawton), sintomatologia depressiva (GDS-15, HAM-D), ansiedade (GAD-7), cognição (MoCA) e risco de quedas (Escala de Morse). Os dados foram comparados entre os grupos utilizando o teste exato de Fisher-Freeman-Halton. **Resultados:** A prevalência de uso de benzodiazepínicos foi de 36,1% (n=13). Comparados aos não-usuários, os usuários apresentaram comprometimento significativo na funcionalidade para atividades básicas (p=0,005) e instrumentais (p=0,003) de vida diária. Observou-se maior frequência de alterações depressivas no grupo de usuários (p<0,001), bem como escores inferiores no domínio físico da qualidade de vida (p=0,058). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes quanto à ansiedade (p=0,610), risco de quedas (p=0,214) ou função cognitiva (p=0,114). **Conclusão:** O uso crônico de benzodiazepínicos em idosos associa-se a prejuízos relevantes em domínios funcionais, comportamentais e psicossociais, refletindo impacto negativo sobre a qualidade de vida.

Palavras-chave: Benzodiazepinas, Idoso, Qualidade de vida, Envelhecimento saudável, Cognição.

ABSTRACT

Objective: To compare the profile of elderly benzodiazepine users and non-users in Anápolis, assessing quality of life, cognitive functioning, and functional capacity as determinants of active aging. **Methods:** A cross-sectional, descriptive, quantitative study was conducted with 36 older adults (≥60 years) in Anápolis, Brazil. Participants were divided into benzodiazepine users and non-users. Standardized instruments were applied to assess quality of life (WHOQOL-bref), functional capacity (Katz and Lawton Scales), depressive symptoms (GDS-15, HAM-D), anxiety (GAD-7), cognition (MoCA), and fall risk (Morse Scale). Data were compared between groups using the Fisher–Freeman–Halton exact test. **Results:** The prevalence of

[1] Universidade Evangélica de Anápolis (UniEVANGÉLICA), Anápolis – GO.

Este trabalho foi apoiado pela Associação Educativa Evangélica (AEE) pelo Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PBIC -2022/2023).

SUBMETIDO EM: 11/2025 | ACEITO EM: 12/2025 | PUBLICADO EM: 1/2026

benzodiazepine use was 36.1% (n=13). Compared with non-users, benzodiazepine users showed significantly greater impairment in basic (p=0.005) and instrumental (p=0.003) activities of daily living. A higher frequency of depressive symptoms was observed among users (p<0.001), as well as lower scores in the physical domain of quality of life (p=0.058). No statistically significant differences were identified regarding anxiety (p=0.610), fall risk (p=0.214), or cognitive function (p=0.114). **Conclusion:** Chronic benzodiazepine use in older adults is associated with relevant impairments in functional, behavioral, and psychosocial domains, reflecting a negative impact on quality of life.

Keywords: Benzodiazepines, Aged, Quality of life, Healthy aging, Cognition.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el perfil de los adultos mayores usuarios y no usuarios de benzodiacepinas en Anápolis, evaluando la calidad de vida, la función cognitiva y la capacidad funcional como determinantes del envejecimiento activo. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo con 36 adultos mayores (≥60 años) en Anápolis, Brasil. Los participantes se dividieron en usuarios y no usuarios de benzodiacepinas. Se aplicaron instrumentos estandarizados para evaluar la calidad de vida (WHOQOL-bref), la capacidad funcional (Escalas de Katz y Lawton), los síntomas depresivos (GDS-15, HAM-D), la ansiedad (GAD-7), la cognición (MoCA) y el riesgo de caídas (Escala de Morse). Los datos se compararon entre los grupos mediante la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton. **Resultados:** La prevalencia del uso de benzodiacepinas fue del 36,1% (n=13). En comparación con los no usuarios, los usuarios de benzodiacepinas mostraron un deterioro significativamente mayor en las actividades básicas (p=0,005) e instrumentales (p=0,003) de la vida diaria. Se observó una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre los usuarios (p<0,001), así como puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida (p=0,058). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ansiedad (p=0,610), el riesgo de caídas (p=0,214) o la función cognitiva (p=0,114). **Conclusión:** El uso crónico de benzodiacepinas en adultos mayores se asocia con deterioros relevantes en los dominios funcional, conductual y psicosocial, lo que refleja un impacto negativo en la calidad de vida.

Palabras clave: Benzodiacepinas, Anciano, Calidad de vida, Envejecimiento saludable, Cognición.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos constituem uma classe de fármacos psicotrópicos que modificam humor e comportamento por meio de mecanismos neurobiológicos específicos. Caracterizam-se por propriedades ansiolíticas, miorrelaxantes, hipnóticas e anticonvulsivantes, tornando-os ferramentas terapêuticas versáteis no tratamento de transtornos de ansiedade, epilepsia e insônia (GHAEMI SN, 2018; NALOTO DCC, et al., 2016; BERNIK MA, et al. 1990).

O clordiazepóxido, sintetizado em 1957, marcou o início dessa classe farmacológica, sendo seguido pela síntese de novos compostos com aplicações clínicas diversificadas. Os benzodiazepínicos com propriedades ansiolíticas incluem diazepam, clonazepam, lorazepam, alprazolam, bromazolam e cloxazolam, enquanto agentes sedativos-hipnóticos abrangem midazolam, estazolam, flurazepam, nitrazepam e flunitrazepam. Para fins anticonvulsivantes, destaca-se o emprego de formulações endovenosas de diazepam, lorazepam e midazolam, com ênfase especial no clobazam para manejo de epilepsia crônica (GHAEMI SN, 2018).

No contexto epidemiológico brasileiro, o clonazepam emergiu como a benzodiazepína de maior prevalência de uso entre 2007 e 2010 (BRASIL, 2013). Além das indicações tradicionais, essa classe farmacológica encontra aplicação clínica no controle de agitação psicomotora e sintomatologia maníaca (STAHL SM, 2013).

Embora os benzodiazepínicos demonstrem eficácia bem estabelecida em contextos de uso agudo e de curta duração, sua utilização prolongada apresenta perfil de segurança desfavorável, contraindexando seu uso contínuo. Os efeitos adversos associados ao consumo prolongado incluem dependência farmacológica, comprometimento cognitivo, alterações comportamentais, distúrbios do equilíbrio, debilidade muscular,

manifestações gastrointestinais como náusea, vômito e diarreia, além de dor abdominal (MOSFIAK M, et al., 2020).

Particularmente na população idosa, a crescente prevalência de doenças crônicas, incapacidades funcionais, complicações psicossociais e múltiplas comorbidades justifica o aumento considerável na utilização de agentes farmacológicos para fins sintomatológicos e preventivos. Neste contexto, observa-se maior incidência de prescrição crônica de psicofármacos, especialmente benzodiazepínicos hipnóticos e sedativos, em resposta aos transtornos de insônia e ansiedade frequentemente identificados nesta faixa etária (ALVIM MM, et al., 2017).

Os critérios de Beers estabelecem recomendações categóricas quanto ao uso de medicamentos em populações geriátricas, classificando-os em três grupos: medicamentos contraindicados em todos os idosos, aqueles contraindicados em presença de condições clínicas específicas e os que requerem monitorização intensificada. Os benzodiazepínicos integram essa classificação de alto risco, uma vez que se associam significativamente a comprometimento cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes veiculares, justificando sua evitação particularmente no tratamento de agitação, insônia e delirium (OLIVEIRA MG, et al., 2016).

Adicionalmente, a prescrição dessa classe farmacológica é formalmente desaconselhada em pacientes com demência, déficit cognitivo prévio ou histórico de quedas e fraturas. A contraindicação dos benzodiazepínicos em idosos decorre de alterações farmacocinéticas e fisiopatológicas características desta população (CORDIOLI AV, et al., 2023). As evidências recomendam redução posológica de 20% a 50% em relação às doses padronizadas, com monitorização clínica rigorosa mesmo mediante essas dosagens reduzidas, refletindo a sensibilidade aumentada desta população aos efeitos farmacológicos (ANDRES TM, et al., 2019; NALOTO DCC, et al., 2016).

A elevada prevalência de prescrição inadequada de benzodiazepínicos em idosos associa-se a múltiplas complicações clínicas graves. Destacam-se exacerbação de delirium, insuficiência respiratória particularmente em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, e incremento significativo no risco de acidentes automobilísticos secundários a alterações psicomotoras induzidas pela medicação. Além disso, documentam-se declínio cognitivo, amnésia anterógrada e possíveis efeitos neurodegenerativos, com estudos sugerindo associação entre benzodiazepínicos e desenvolvimento de doença de Alzheimer ou demência (AIRAGNES G, et al., 2016). Quando associados à polifarmácia, prática frequente em populações geriátricas, estes efeitos potencializam-se, aumentando substancialmente o risco de quedas mediante indução de relaxamento muscular e descoordenação motora (IZZA MAD, et al., 2020; ALVIM MM, et al., 2017).

Este estudo tem como objetivo comparar o perfil dos idosos usuários e não-usuários de benzodiazepínicos no município de Anápolis, avaliando indicadores de qualidade de vida, funcionalidade cognitiva e capacidade funcional como determinantes do envelhecimento ativo e saudável.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, conduzido no município de Anápolis. A pesquisa foi desenvolvida em colaboração entre a Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), a Universidade Aberta da Pessoa Idosa (UniAPI), o Hospital Dia do Idoso (HDI) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de diferentes regiões da cidade. A população foi constituída por idosos com idade superior a 60 anos, disponíveis para participação nos locais de coleta de dados.

Os critérios de inclusão compreenderam: idade ≥60 anos, frequência regular nas instituições participantes (UniAPI, HDI ou UBSs) e consentimento informado. Foram excluídos indivíduos acamados, aqueles com incapacidade de responder questionários (déficit cognitivo, sequelas cognitivas de doenças clínicas, surdez, mudez, transtorno do espectro autista), participantes com preenchimento inadequado ou incompleto dos instrumentos, e aqueles que descontinuaram a participação em qualquer estágio do estudo.

A coleta foi realizada mediante aplicação de nove instrumentos: questionário sociodemográfico; World Health Organization Quality of Life—Brief Version (WHOQOL-bref); Escala de Katz (Atividades Básicas de Vida Diária); Escala de Lawton (Atividades Instrumentais de Vida Diária); Escala de Depressão Geriátrica—15 itens (GDS-15); Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); Escala de Transtorno Geral de Ansiedade—7 itens (GAD-7); Montreal Cognitive Assessment (MoCA); e Escala de Risco de Quedas de Morse (CQH).

Os instrumentos foram selecionados para avaliar qualidade de vida, funcionalidade, sintomatologia depressiva, ansiedade, desempenho cognitivo e risco de quedas associados ao uso de benzodiazepínicos. O WHOQOL-bref compreende 26 questões que avaliam percepção geral de qualidade de vida e domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente).

A Escala de Katz avalia seis atividades básicas de autocuidado (banho, vestuário, higiene pessoal, mobilidade cama-cadeira e continência), com pontuação variando de 0 (independência) a 6 (dependência total).

A Escala de Lawton compreende oito itens referentes a atividades instrumentais (uso de telefone, compras, culinária, tarefas domésticas, lavar roupa, usar transporte, gerenciar medicamentos e dinheiro), com escore de 9 (dependência completa) a 27 (independência completa).

O GDS-15 utiliza 15 itens com respostas dicotômicas (sim/não). O HAM-D contém 21 itens com respostas variando de 0 a 2-4 pontos conforme o item. O GAD-7 compreende sete questões para avaliação de ansiedade. O MoCA avalia oito domínios cognitivos (visuo-espacial/executiva, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação diferida e orientação), totalizando 30 pontos. A CQH consiste em seis parâmetros: história de quedas, diagnóstico secundário, necessidade de auxílio na deambulação, terapia intravenosa, padrão de marcha e estado mental.

Os participantes foram abordados nas UBSs e HDI após consulta médica, enquanto na UniAPI a coleta foi agendada previamente com responsáveis, respeitando os cronogramas institucionais. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação dos instrumentos.

Os participantes poderiam descontinuar sua participação em qualquer momento sem penalidades. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e posteriormente importados para análise estatística no software IBM SPSS Statistics versão 29.0.1.0(171).

Os escores de cada instrumento foram calculados conforme protocolos específicos e comparados entre grupos (usuários versus não-usuários de benzodiazepínicos). Utilizou-se o teste exato de Fisher-Freeman-Halton para avaliação de associações entre variáveis. As análises visaram identificar diferenças e alterações no perfil de envelhecimento entre os grupos estudados.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA via Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O trabalho foi aprovado com CAAE 58397422.2.0000.5076 e número do parecer: 5.592.175.

O estudo respeitou os princípios fundamentais de bioética: beneficência, autonomia, justiça e não maleficência. A confidencialidade foi mantida através de análise de dados em ambiente reservado e sigilo quanto à identificação dos participantes.

RESULTADOS

Foram incluídos 36 idosos no estudo (um participante foi excluído por descontinuação), conforme evidenciado na **Tabela 1**. A idade variou entre 60 e 94 anos, com distribuição heterogênea: 7 participantes (19,4%) na faixa 60-64 anos; 11 (30,6%) entre 65-69 anos; 5 (13,9%) entre 70-74 anos; 7 (19,4%) entre 75-79 anos; 3 (8,3%) entre 80-84 anos; 1 (2,8%) entre 85-89 anos; e 2 (5,6%) entre 90-94 anos. A amostra foi composta predominantemente por mulheres, representando 69,4% (n=25), enquanto homens constituíram 30,6% (n=11).

Quanto às características sociodemográficas, 61,1% (n=22) declararam-se casados ou em união estável, com prevalência similar entre mulheres (52%; n=13) e homens (81,8%; n=9). A autodeclaração de raça/cor parda predominou na amostra total (69,4%; n=25), mantendo-se como categoria mais prevalente entre ambos os sexos (mulheres: 64%; n=16; homens: 81,8%; n=9). A religião católica foi a mais frequente (58,3%; n=21), e a maioria apresentava ensino fundamental completo (63,9%; n=23).

Tabela 1 - Características sociodemográficas relacionadas ao gênero dos entrevistados.

Características Sociodemográficas	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)
Participantes	25 (69,4)	11 (30,6)	36 (100)
Idade			
60-64	6 (24)	1 (9,1)	7 (19,4)
65-69	9 (36)	2 (18,2)	11 (30,6)
70-74	3 (12)	2 (18,2)	5 (13,9)
75-79	5 (20)	2 (18,2)	7 (19,4)
80-84	1 (4)	2 (18,2)	3 (8,3)
85-89	1 (4)	0 (0)	1 (2,8)
≥ 90	0 (0)	2 (18,2)	2 (5,6)
Estado civil			
Casados/união estável	13 (52)	9 (81,8)	22 (61,1)
Solteiro	3 (12)	1 (9,1)	4 (11,1)
Divorciados	4 (16)	0 (0)	4 (11,1)
Viúvos	5 (20)	1 (9,1)	6 (16,7)
Etnia			
Branca	6 (24)	1 (9,1)	7 (19,4)
Parda	16 (64)	9 (81,8)	25 (69,4)
Negra	1 (4)	1 (9,1)	2 (5,6)
Não declarada	2 (8)	0 (0)	2 (5,6)
Religião			
Católico	14 (56)	7 (63,6)	21 (58,3)
Evangélico/protestante	8 (32)	1 (9,1)	9 (25)
Outra religião	1 (4)	0 (0)	1 (2,8)
Espírita	1 (4)	3 (27,3)	4 (11,1)
Ateu	1 (4)	0 (0)	1 (2,8)
Escolaridade			
Ensino fundamental	15 (60)	8 (72,7)	23 (63,9)
Ensino médio	5 (20)	2 (18,2)	7 (19,4)
Ensino superior	3 (12)	0 (0)	3 (8,3)
Pós-graduação	1 (4)	0 (0)	1 (2,8)
Analfabeto	1 (4)	1 (9,1)	2 (5,6)
Uso de Benzodiazepínico			
Sim	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (36,1)
Não	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (63,9)

Fonte: Pinheiro DHP, et al., 2026.

Do total de participantes, 36,1% (n=13) utilizaram benzodiazepínicos. Entre os usuários, 23,1% (n=3) encontravam-se na faixa 60-64 anos, 23,1% (n=3) entre 65-69 anos, 23,1% (n=3) entre 70-74 anos, enquanto os demais grupos etários apresentaram frequência de 7,7% cada (n=1).

As indicações clínicas foram: insônia em 53,8% (n=7); desconhecimento da indicação em 15,4% (n=2); epilepsia em 7,7% (n=1); depressão em 7,7% (n=1); ansiedade/insônia em 7,7% (n=1); e relaxamento muscular pós-operatório em 7,7% (n=1). Diazepam e clonazepam foram os fármacos mais utilizados, ambos em 30,8% (n=4) dos usuários (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Número de pacientes em uso de cada medicamento da classe dos benzodiazepínicos e aqueles que não usam.



Fonte: Pinheiro DHP, et al., 2026.

Os escores da Escala WHOQOL-bref foram estratificados em domínios, com nota de corte estabelecida em 60%. No domínio físico, os valores variaram de 34,20% a 100%, com média de 56,74% (±10,8) entre usuários de benzodiazepínicos. Mais da metade dos usuários apresentou escore inferior a 60% (p=0,058). No domínio psicológico, a amplitude foi de 36,66% a 90%, com média de 66,12% (±14,26) para usuários (p=1,000). O domínio de relações sociais apresentou variação de 33,20% a 90%, com média de 59,92% (±16,9) entre usuários (p=0,260). No domínio ambiental, os escores variaram entre 42,50% e 82,50%, com média de 64,23% (±8,7) no grupo de usuários (p=0,677).

Na Escala de Katz, 77,8% (n=28) foram classificados como independentes, sendo 53,8% (n=7) destes usuários de benzodiazepínicos. Entre os usuários, 46,2% (n=6) foram classificados como "Dependente em 1", enquanto apenas 4,3% (n=1) dos não-usuários receberam essa classificação. Um participante não-usuário foi classificado como "Dependente em 6". Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,005). Na Escala de Lawton, 83,3% (n=30) foram categorizados como independentes, mantendo-se esse padrão entre usuários de benzodiazepínicos (61,5%; n=8). Diferença estatisticamente significante foi identificada entre os grupos (p=0,003) (**Tabela 1**).

Na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), 15 participantes apresentaram suspeita de depressão (escore >6), sendo 75% (n=9) usuários de benzodiazepínicos (p=0,059). Na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), 8 participantes apresentaram resultados limítrofes (4 usuários) e 15 apresentaram resultados compatíveis com doença leve (9 usuários). No total, mais da metade dos participantes com alterações depressivas na HAM-D eram usuários de benzodiazepínicos, com diferença estatisticamente significativa (p<0,001). Dos 13 participantes sem alterações depressivas, nenhum utilizava benzodiazepínicos. Na avaliação da ansiedade pela Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7), 63,9% (n=23) apresentaram baixo risco (6 usuários de benzodiazepínicos); 33,3% (n=12) apresentaram ansiedade leve (5 usuários); 11,1% (n=4) apresentaram ansiedade moderada (2 usuários); e 2,8% (n=1) apresentaram ansiedade grave (usuário de benzodiazepínicos). Não foi observada associação estatisticamente significante entre o uso de benzodiazepínicos e ansiedade (p=0,610).

Tabela 2 - Avaliação do risco de queda de Morse entre usuários e não usuários de BZD utilizando a escala de risco de queda de Morse.

Escala de risco de queda de Morse	Em uso de BZD n (%)	Sem uso de BZD n (%)	Total n (%)	P*
≥45 ou Risco alto	2 (15,4)	1 (4,3)	3 (8,3)	
24 -44 ou Risco médio	5 (38,5)	5 (21,7)	10 (27,8)	0,214
0-23 ou Risco baixo	6 (46,1)	17 (73,9)	23 (63,9)	

Fonte: Pinheiro DHP, et al., 2026.

A Escala de Risco de Quedas de Morse (**Tabela 2**) demonstrou que 63,9% (n=23) apresentaram risco baixo. Entre usuários de benzodiazepínicos, 46,1% (n=6) foram classificados em risco baixo e 15,4% (n=2) em risco alto, enquanto 4,3% (n=1) dos não-usuários apresentava risco alto. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,214). No Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (**Tabela 3**), 75% (n=27) obtiveram pontuação inferior a 26, sendo 92,3% (n=12) destes usuários de benzodiazepínicos. Apenas 7,7% (n=1) dos usuários alcançaram escore ≥26. A pontuação variou de 6 a 30 pontos, com usuários de benzodiazepínicos apresentando amplitude de 16 a 27 pontos. Entre os usuários, 61,5% (n=8) obtiveram escore ≤20. Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,114).

Tabela 3 - Avaliação da cognição entre usuários e não usuários de BZD a Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA).

MoCA	Em uso de BZD n (%)	Sem uso de BZD n (%)	Total n (%)	P*
≥26	1 (7,7)	8 (34,8)	9 (25)	0,114
<26	12 (92,3)	15 (65,2)	27 (75)	

Fonte: Pinheiro DHP, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Embora a prevalência nacional de uso de benzodiazepínicos entre idosos seja documentada em 9,3% (FREIRE MBO, et al., 2022), a amostra investigada apresenta prevalência expressivamente superior, sugerindo características específicas da população ou maior concentração de demanda nos serviços participantes. A predominância de diazepam e clonazepam reflete a disponibilidade pelo SUS conforme padronização na RENAME (BRASIL, 2018), enquanto a insônia como indicação principal alinha-se a padrões observados em contextos de assistência à saúde brasileiros (AZEVEDO ÂJP, et al., 2016).

Apesar da classificação predominante em risco baixo para quedas, a proporção aumentada de risco alto entre usuários merece discussão crítica. Medicamentos hipnóticos integram os critérios de Beers especificamente pelo potencial de elevação do risco de quedas mediante sedação excessiva (PICTON JD, et al., 2018), mecanismo biologicamente plausível independentemente de classificação dicotômica em escalas de rastreamento. A literatura documenta que benzodiazepínicos induzem confusão mental, letargia e instabilidade postural, eventos adversos de magnitude clinicamente relevante em populações geriátricas (GRESS T, et al., 2020). A discordância entre achados de rastreamento e efeitos farmacológicos conhecidos sugere que escalas de risco podem subestimar vulnerabilidade em contextos de prescrição crônica.

Os achados relativos à redução da qualidade de vida no domínio físico convergem com investigações europeias que documentam a relação dose-resposta entre benzodiazepínicos e deterioração da qualidade de vida percebida (LUGOBONI F, et al., 2014; LUGOBONI F, et al., 2020). O comprometimento funcional em atividades básicas e instrumentais de vida diária entre usuários reflete mecanismos multifatoriais: sedação residual, ataxia, deficiência atencional e possível perda de massa muscular em contexto de inatividade induzida. A concentração de déficits funcionais entre usuários sugere efeito cumulativo do uso prolongado, com implicações diretas sobre autonomia e independência, dimensões fundamentais de envelhecimento bem-sucedido.

O achado de alterações depressivas predominantemente entre usuários revela o paradoxo bem estabelecido na literatura: embora benzodiazepínicos ofereçam alívio sintomático agudo quando associados a antidepressivos (MOSFIAK M, et al., 2020; FREIRE MBO, et al., 2022), sua extensão inadequada correlaciona-se com piora depressiva. Mecanismos potenciais incluem neuroadaptação aos efeitos GABAérgicos com desenvolvimento de tolerância aos benefícios ansiolíticos iniciais, efeito depressogênico paradoxal de benzodiazepínicos em uso crônico, e possível interrupção de mecanismos neurobiológicos envolvidos na resposta ao tratamento antidepressivo. A concentração de alterações depressivas entre usuários sugere que prescrições inicialmente apropriadas, visando alívio sintomático transitório, prolongaram-se inadequadamente, resultando em efeito contrário ao terapêutico.

A ausência de diferença significante entre grupos contrasta com literatura heterogênea sobre essa associação. A revisão sistemática de Nader D e Gowing L (2020) identificou que apenas 21% (3 de 14) dos estudos analisados documentaram declínio cognitivo em usuários de longo prazo. Estudos longitudinais de grande porte e metodologia robusta não detectaram associações significativas: a investigação canadense de dez anos (NAFTI M, et al., 2020) reportou ausência de associação com demência ou Alzheimer, embora tenha identificado correlação com declínio cognitivo não-demencial; similarmente, coorte norte-americana (ZHANG Y, et al., 2016) não encontrou associação entre benzodiazepínicos e declínio cognitivo ou velocidade de declínio.

Contrastando, investigações conduzidas no Brasil documentaram associação entre uso prolongado e declínio cognitivo em idosos, particularmente em mulheres (GONÇALVES A, et al., 2017). Estudo francês demonstrou correlação significativa em testes de memória de longo prazo em mulheres (BOEUF-CAZOU O, et al., 2010), enquanto nenhuma associação significativa foi detectada em homens. Essa discrepância entre estudos pode refletir diferenças metodológicas, características populacionais específicas, duração heterogênea de exposição aos fármacos ou moderadores biológicos não investigados sistematicamente. O delineamento transversal do presente estudo limita o estabelecimento de causalidade, enquanto a ausência de dados sobre dosagem e duração específicas restringe conclusões. Adicionalmente, o padrão de maior associação cognitiva em mulheres sugere possível dimorfismo sexual nos efeitos dessa classe, hipótese não apreciável na presente amostra.

A descontinuação inadequada de benzodiazepínicos na prática clínica persiste como desafio documentado (ALVARENGA JM, et al., 2015), transcendendo explicações puramente farmacológicas. O temor de recidiva sintomática e preocupações com desempenho funcional refletem dimensões psicossociais complexas da experiência individual com o fármaco, revelando como fatores interpessoais e contextuais modulam decisões clínicas além da lógica prescritiva. O potencial aditivo intermediário dos benzodiazepínicos, com taxa de dependência em 32% em populações com abuso de polifarmácia, indica que vulnerabilidades específicas, provavelmente multideterminadas, modulam risco individual de dependência (GHAEMI SN, 2019). A persistência de barreiras psicossociais à descontinuação ressalta a necessidade de abordagens individualizadas na gestão farmacológica de idosos, integrando dimensões clínicas, psicológicas e sociais.

CONCLUSÃO

O envelhecimento em usuários crônicos de benzodiazepínicos apresentou perfil distinto daquele observado em não-usuários, com alterações significativas em múltiplos domínios funcionais, comportamentais e psicossociais. Excepcionalmente, as avaliações de ansiedade (GAD-7), risco de quedas (Escala de Morse) e função cognitiva (MoCA) não revelaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, achado que pode ressoar com a ambivalência documentada na literatura quanto aos efeitos farmacológicos dessa classe em populações geriátricas. A redução da qualidade de vida no domínio físico, o comprometimento de atividades básicas e instrumentais de vida diária, e a predominância de alterações depressivas entre usuários apontam para impacto negativo significativo do uso prolongado de benzodiazepínicos. Esses achados reafirmam recomendações internacionais de limitação temporal dessa prescrição e destacam a necessidade de vigilância clínica intensificada em populações idosas sob essa terapêutica. O estudo apresenta limitações como a amostra reduzida e o delineamento transversal restringem a capacidade de estabelecer causalidade. A adesão foi desafiada pela extensão dos instrumentos de coleta e pela disponibilidade reduzida dos participantes, frequentemente ocupados com compromissos médicos ou familiares. Apesar dessas restrições, as características sociodemográficas e clínicas identificadas demonstram representatividade da população-alvo, convergindo com informações da literatura e conferindo validade externa aos achados. O presente trabalho contribui para documentação do impacto do uso indiscriminado de benzodiazepínicos na população idosa, fenômeno de relevância clínica e de saúde pública no contexto brasileiro. Investigações futuras com delineamento prospectivo e longitudinal são recomendadas, particularmente estudos de “desprescrição” que avaliem trajetórias de recuperação funcional e sintomatológica em idosos que descontinuem essa classe farmacológica.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos à Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA) pelo suporte institucional e financiamento da pesquisa. Estendemos nossos agradecimentos à Universidade Aberta da Pessoa Idosa (UniAPI), ao Hospital Dia do Idoso (HDI) e às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Anápolis, GO, pela colaboração e por cederem o espaço para a realização da coleta de dados. Por fim, expressamos nossa gratidão a todos os idosos que voluntariamente participaram deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. AIRAGNES G, et al. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. Current psychiatry reports, 2016; 18(10), 89.
2. ALVARENGA JM, et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015; 18(2): 249-58.
3. ALVIM MM, et al. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2017; 20(4): 463-74.
4. ANDRES TM, et al. Geriatric pharmacology: an update, Anesthesiology Clinics, 2019; 37: 457-92.
5. AZEVEDO ÂJP, et al. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras, Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21: 83-90.
6. BERNIK MA, et al. Benzodiazepínicos: padrões de uso, tolerância e dependência, Arquivos de Neuropsiquiatria, 1990; 48(1): 131-7.
7. BOEUF-CAZOU O, et al. Factors associated with psychoactive drug initiation in a sample of workers in France: results of the VISAT cohort study. Pharmacoepidemiology and drug safety, 2010; 19(3), 296-305.
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de atividades 2012. Brasília: Anvisa, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde.*Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_rename.pdf. Acesso em: 29 jun. 2023.
10. CORDIOLI AV, et al. Psicofármacos: consulta rápida. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
11. FREIRE MBO, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional, Revista de Saúde Pública, 2022; 56(10): 1-13.
12. GHAEMI SN. Clinical Psychopharmacology: Principles and Practice. Oxford: Oxford University Press, 2018.
13. GONÇALVES A, et al. Consumo de benzodiazepinas no idoso deprimido, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2017; 5(1): 107-12.
14. GRESS T, et al. Benzodiazepine overuse in elders: defining the problem and potential solutions, Cureus, 2020; 12(10): e10874.
15. IZZA MAD, et al. Polypharmacy, benzodiazepines, and antidepressants, but not antipsychotics, are associated with increased falls risk in UK care home residents: a prospective multicentre study, European Geriatric Medicine, 2020; 11(1): 1043-50.
16. LUGOBONI F, et al. Quality of life in a cohort of high-dose benzodiazepine dependent patients, Drug and Alcohol Dependence, 2014; 142(1): 105-9.
17. LUGOBONI F, et al. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and quality of life in high-dose benzodiazepine and related Z-drug users, European Addiction Research, 2020; 26(4-5): 274-82.
18. MOSFIAK M, et al. Análise do consumo de benzodiazepínicos em um município do norte do Rio Grande do Sul, Brasil, Revista de Saúde Coletiva UEFS, 2020; 10: 49-57.
19. NADER D, GOWING L. Is long-term benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline? Results of a systematic review, Journal of Addiction, 2020; 2020: 1-10.
20. NAFTI M, et al. Is benzodiazepine use associated with the risk of dementia and cognitive impairment-not dementia in older persons? The Canadian Study of Health and Aging, Annals of Pharmacotherapy, 2020; 54(3): 219-25.
21. NALOTO DCC, et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental, Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(4): 1267-76.
22. OLIVEIRA MG, et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Geriatrics, Gerontology and Aging, 2016; 10(4): 168-181.
23. PICTON JD, et al. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly, American Journal of Health-System Pharmacy, 2018; 75(1): e6-e12.
24. STAHL SM. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
25. ZHANG Y, et al. Benzodiazepine use and cognitive decline in elderly with normal cognition, Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2016; 30(2): 113-7.