



Consequências do uso crônico de benzodiazepínicos por idosos e sua desprescrição

Giovanna Besagio Calegari
Sílvio Roberto da Silva Menezes

**Consequências do uso crônico de benzodiazepínicos por idosos e
sua desprescrição**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: Sílvio Roberto da Silva Menezes (médico de família e comunidade)

Campo Grande
2022

RESUMO

CALEGARI, Giovanna Besagio; MENEZES, Sílvio Roberto da Silva. **Consequências do uso crônico de benzodiazepínicos em idosos e sua desprescrição.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

O objetivo deste trabalho foi apresentar as características gerais dos benzodiazepínicos (BZD) e as consequências longitudinais do uso crônico por idosos e propor maneiras de desprescrever tais medicamentos com segurança, através de um plano de ação que possa ajudar a reduzir o uso indiscriminado e prolongado dessa classe de medicação por idosos, em Unidades de Saúde da Família (USF). Para alcançar os objetivos propostos, usou-se como método a pesquisa bibliográfica qualitativa, de caráter descritivo, em que a Capes periódicos, Scholar e Scielo são utilizadas como bases de dados principais para concatenar e selecionar o conteúdo publicado em livros, revistas, relatórios e artigos em português e inglês, dos últimos dez anos. Foram analisados os títulos e os resumos dos artigos selecionados e, como resultado, foi visto que os BZD estavam entre os medicamentos mais prescritos no mundo, porém, apresentando uso controverso na prática clínica por causa do risco de dependência e prejuízos cognitivos devido ao uso prolongado. Assim, salientou-se que essa classe medicamentosa manifestava sua maior utilidade nas primeiras semanas do tratamento, durante a fase de ajuste de fármacos de manutenção, e deveria, sempre que possível, ser retirada assim que houvesse controle sintomático adequado. Concluiu-se que a cautela no uso de BZD contribuía na farmacoterapia geriátrica racional e na prevenção quaternária. Assim, sugeriu-se à USF, trabalhar em prol da prevenção de danos evitáveis; devendo ter equipe capacitada e apta a, coerentemente, desprescrever BZD quando houvesse indicação, e reeducar a população para que pudesse se autogerir e conseguir independência e saúde.

Palavras-chave: idosos; benzodiazepínicos; desprescrição.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica apontou para um processo de envelhecimento populacional, com uma maior procura pelos serviços de saúde devido ao aumento de doenças crônicas e degenerativas. Com a mudança de perfil epidemiológico, foi importante a atualização dos conhecimentos sobre o cuidado e atenção integral à saúde dos idosos, público tal que chamava atenção no progresso das políticas públicas voltadas para esse segmento, visando a atenção integral à saúde (Cantão et al., 2015). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) fizeram previsão de que em 2060 o público idoso corresponderia a 26,7% da população brasileira (Passos Neto et al., 2020).

Grande parte da população idosa brasileira apresentava baixos níveis socioeconômicos e educacionais, levando a uma alta prevalência de doenças de curso crônico, limitações funcionais e incapacidades, que aumentavam com a idade. Com isso, um dos principais problemas enfrentados pelos idosos é o consumo e a prescrição excessiva de medicamentos inadequados para a faixa etária, como os psicotrópicos da classe dos benzodiazepínicos (BZD) (Golchin et al., 2015).

Os psicotrópicos formavam um grupo de fármacos que ganhavam destaque quando a questão era a sua utilização combinada e a automedicação, uma vez que estavam entre os remédios mais prescritos e consumidos em todo o mundo (Oliveira et al., 2015). O ato de usar vários remédios em conjunto e sem orientação especializada era costume que acompanhava a humanidade desde os primórdios da farmacoterapia, atingindo seu ápice com o advento da Segunda Guerra Mundial, dificultando, dessa maneira, o enredo da saúde pública mundial, uma vez que, os efeitos adversos de tal ato apresentavam os mais variados graus de agravos à saúde (Moura et al., 2016). Os primeiros relatos quanto ao uso indiscriminado de remédios foram registrados no Chile, ao longo da década de 80, quando pesquisas demonstraram largo uso dessas substâncias sem a cabida receita médica ou indicação de profissional qualificado (Carvalho, 2017).

Braga et al (2016) afirmavam que os BZD estavam entre os psicotrópicos mais utilizados pelos indivíduos de forma integral; ao serem absorvidos pelo trato gastrointestinal, passando para a corrente sanguínea e atuando de maneira depressora sobre o sistema nervoso central. Tinham ação hipnótica, relaxante e anticonvulsivantes, e eram usados especialmente para o tratamento de ansiedade e distúrbios do sono.

Era consenso que, em termos de saúde, algumas das questões mais comuns no idoso eram ansiedade, insônia, depressão, isolamento social, iatrogenia medicamentosa, demência e déficits sensoriais, que, na maioria das vezes, eram tratados com o uso de psicotrópicos, sobretudo os BZD, o que poderia acarretar em um risco para a saúde física e mental do indivíduo, haja visto que esta classe medicamentosa apresenta importantes efeitos adversos, potencializando a vulnerabilidade da pessoa idosa à instabilidade e quedas, e podendo causar declínio cognitivo e dependência química quando utilizada por longo período de tempo (Moreira et al., 2020). Assim, o uso de BZD associado à múltiplas comorbidades, à polifarmácia (uso de mais de quatro medicamentos concomitantemente) ou mesmo sozinho (mais raro) acarretavam em uma multiplicidade de interações problemáticas dificultando a atenção à saúde ao idoso de várias formas: um sintoma poderia resultar de interação mútua de drogas; um processo sintomatológico possibilitando mascarar o aparecimento de outro; e o tratamento de um processo potencialmente interferindo em outro.

Pessoas com idade acima de 60 anos eram as maiores consumidoras de psicotrópicos da classe dos BZD; e também vulneráveis em aspectos secundários ao envelhecimento, como na cognição, metabolismo, motricidade e autoestima. Com isso, a utilização desses fármacos, quando prescritos e/ou usados em desacordo com o preconizado, aumentava o risco de quedas, fraturas, hospitalizações e mortalidade (Souza et al., 2020), pois poderiam provocar sedação residual, devido tal faixa etária tipicamente possuir alterações de composição corporal tecidual, diminuição da proporção de água e excreção renal, como também diminuição da metabolização e da quantidade de albumina na corrente sanguínea; ou seja, a eliminação plasmática de fármacos em idosos era mais lenta (Araújo et al., 2020).

No Brasil, os BZD eram prescritos aos pacientes por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) - médicos de família e comunidade e generalistas - e por diversas outras especialidades médicas, como psiquiatras e clínicos gerais, por exemplo. Estimava-se que cerca de metade das receitas eram dirigidas ao tratamento de transtornos psiquiátricos específicos. Era comum a indicação de BZD na APS, para o tratamento de insônia, visto que essa classe medicamentosa possuía amplo índice terapêutico, boa tolerância e eficácia, fatores que contribuíam para que profissionais médicos os prescrevessem de forma excessiva em alguns casos (Baldoni et al., 2020). Passos Neto et al (2020) observaram que esses eram medicamentos potencialmente inapropriados aos idosos, e os benefícios seriam suprimidos pelos riscos de sua utilização, principalmente se prolongada.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Questão norteadora:

O uso crônico de benzodiazepínicos por idosos pode ser maléfico? Por quê?

Problema de pesquisa:

Prescrição indiscriminada (em frequência e quantidade) de benzodiazepínicos para idosos, com a alta incidência de efeitos adversos e prejuízo à qualidade de vida.

Pergunta disparadora do objetivo do estudo:

Como melhorar o manejo das prescrições de benzodiazepínicos?

HIPÓTESE

De acordo com o conteúdo publicado por Gusso et al (2019), os benzodiazepínicos (BZD) estavam entre os medicamentos mais frequentemente prescritos no mundo, devido às suas propriedades ansiolíticas, antiepilépticas, hipnóticas, sedativas e de relaxamento muscular. Porém, eram de uso controverso na prática clínica pelo risco de dependência e prejuízos cognitivos (principalmente da memória) com a administração frequente e em altas doses. Assim, era importante ter em mente que essa classe medicamentosa tinha sua maior utilidade nas primeiras semanas do tratamento de casos agudos e pontuais de ansiedade e insônia, e durante a fase de ajuste dos medicamentos de manutenção, devendo, sempre que possível, ser retirado assim que houver controle sintomático adequado.

Também, o autor Mendes et al (2020) afirmou que a cautela no uso de fármacos psicotrópicos contribui para a farmacoterapia geriátrica racional e na prevenção quaternária, sobretudo para aqueles pacientes que sofriam de doenças crônicas concomitantes (como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, cardiopatia) e que necessitavam de utilizar um conjunto de vários medicamentos, tais como, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e estatinas, o que potencializam a interação medicamentosa, aumentando assim, a ocorrência de tonturas e instabilidade postural no paciente

Para isso, é pertinente a Unidade de Saúde da Família (USF), trabalhar em prol de prevenir interações deletérias idoso-medicação; devendo ter equipe capacitada e apta a, coerentemente, desprescrever tais psicotrópicos quando há indicação, e reeducar a população para que possa se autogerir e conseguir independência e saúde. Sendo assim, é importante que se estabeleça um plano de desprescrição, na USF, para idosos em uso contínuo e prolongado de BZD. Para corroborar com este propósito, uma revisão de literatura ajudará a ilustrar as consequências do uso crônico.

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo deste trabalho foi apresentar as características gerais dos benzodiazepínicos (BZD), e as consequências longitudinais do uso crônico, visando comprovar ou não a presença de malefícios advindos desse uso por idosos e a partir daí, estruturar mecanismos de prescrição mais eficientes.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Para o alcance do objetivo geral, as seguintes metas específicas foram adotadas:

- Listar características gerais da população idosa.
- Demonstrar as funções dos benzodiazepínicos (BZD).
- Salientar as consequências do uso crônico de BZD por idosos.
- Elaborar um plano de ação para reestruturar prescrições indiscriminadas ou desprescrição de BZD em uso contínuo e indiscriminado por idosos, nas Unidades de Saúde da Família.

MÉTODOS

O método dedutivo utilizado neste trabalho é embasado na pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, desenvolvido por meio de revisão de literaturas, com coleta de dados sobre evidências científicas a respeito do uso de benzodiazepínicos por idosos. O estudo propôs uma ampla compreensão sobre o assunto em questão sendo, portanto, o primeiro passo para a construção de um conhecimento científico. É através desse processo que novas ideias e teorias surgem, bem como são reconhecidas lacunas e oportunidades para a elaboração de pesquisas num assunto específico.

- **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- A busca bibliográfica para a coleta de dados foi realizada nas bases Scielo, Capes periódicos e Scholar, para concatenar e selecionar o conteúdo publicado em artigos, revistas, relatórios e livros, com as seguintes palavras-chaves de busca: benzodiazepínicos, idosos e desprescrição.
- Foram analisados o título e o resumo dos artigos selecionados, e incluídos para o estudo os documentos em língua portuguesa e inglesa, bem como publicações dos últimos dez anos.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Em exclusão ficaram os textos incompletos que não contemplavam os descritores em estudo e que não ofereciam subsídios à temática, ou que não se enquadraram dentro do objeto da pesquisa.

- RISCOS .

- Reitera-se que, por ser estudo de natureza bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, não oferece riscos.

- BENEFÍCIOS

- Aos trabalhadores da área da saúde, visou-se proporcionar o aprendizado e a lembrança de questionar a necessidade e quantidade das prescrições de psicotrópicos e com isso, buscar sempre o melhor para o paciente, individualizando o atendimento caso a caso.
- Como benefício à população estudada e à sociedade, foi elaborado um plano para a desprescrição, proposto para casos de uso crônico de benzodiazepínicos em idosos, os quais podem ser causadores de mais malefícios que benefícios.

- DESCRIÇÃO DE DADOS ANALISADOS

- Foi feita uma descrição sobre pesquisas recentes acerca do tema, e uma síntese dos dados mais relevantes. Inicialmente procurou-se fazer uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado; na segunda etapa, realizou-se uma exploração do material, na busca de encontrar ideias aplicáveis à prática clínica diária nos quesitos características dos benzodiazepínicos, consequência do uso crônico por idosos e desprescrição.
- A explanação dos resultados foi dividida em três eixos temáticos, elencados a seguir: O envelhecimento populacional e a medicalização; Evidências sobre consequências do uso crônico de benzodiazepínicos por idosos; Desprescrição aos usuários de benzodiazepínicos.
- O presente estudo assegurou os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados, sendo os autores citados tanto no corpo do texto deste trabalho como nas respectivas referências ao final do trabalho, obedecendo-se às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

RESULTADOS

O envelhecimento populacional e a medicalização

A população mundial envelhece exponencialmente e estima-se que em 35 anos, o número de pessoas com mais de 60 anos chegará a 22%. No Brasil, em menos de 25 anos, o número de idosos dobrou (Mangini e Caponi, 2014); comparando-se com a França, esse aumento foi relevante, pois em tal país, a

população levou mais de cem anos para a faixa com mais de 65 anos aumentar de 7% para 14% (Gisev et al., 2011).

Segundo Alvarenga et al (2015), a transição demográfica levaria ao aumento da população idosa, acarretando em uma maior prevalência de doenças crônicas, por isso o consumo de medicamentos também aumentaria. O que tornaria necessário preparar os serviços de saúde e torná-los mais sensíveis ao atendimento dessa nova demanda, além de focar na promoção do envelhecimento saudável por meio da prevenção e da detecção precoce de patologias; assim, sendo preciso monitorar as pessoas com maior probabilidade de adoecimento, pois a expectativa de vida com tais doenças, quando controladas, seria mais longa.

O mesmo autor ainda avaliou que o processo fisiológico de envelhecimento seria muito individualizado e afetado por fatores biopsicossociais, portanto, a aparência e a capacidade nem sempre refletiriam a idade esperada de uma pessoa. O fato seria que as pessoas sempre estariam em busca de padrões normais de envelhecimento, sendo um desafio distinguir as mudanças relacionadas à idade, às doenças e às interferências do estilo de vida.

Outra observação feita por Azevedo; Araújo e Ferreira (2016) foi que eles consideraram que na velhice, em pequeno ou maior grau, ocorreria degeneração das funções corporais, anunciando ou comprovando o aparecimento de processos degenerativos, declínio da força física e da vitalidade orgânica. A perda mental seria manifestada por diminuição da memória, redução da vida emocional e interesse insuficiente em adquirir novos conhecimentos.

Sanchez et al (2013) propuseram inclusive que biologicamente, o corpo idoso vai apresentando uma redução das reservas funcionais naturais. As alterações que se observam no organismo envolveriam os sistemas muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino, e imunológico. Essas possíveis mudanças levariam a declínios variáveis entre diferentes organizações e funções, e de uma pessoa para outra. Pode-se dividir as alterações que ocorrem no idoso em doenças estruturais, bioquímicas, metabólicas e circulatórias; marcha, postura e equilíbrio; sono e memória.

Outras características postuladas por Nascimento et al (2018) afirmaram que mudanças no metabolismo e no sistema circulatório se traduziriam em diminuição da quantidade ideal de água intracelular no cérebro, síntese proteica lenta, aumento da oxidação e glicação de proteínas e diminuição da síntese lipídica. Histologicamente, as células da glia aumentam de número com o envelhecimento e protegem as funções neuronais de danos. A neuroplasticidade cerebral estaria sempre atuando na manutenção do cérebro, mesmo assim, a cognição poderia estar prejudicada em certa medida. Quanto às mudanças estruturais, 2 a 3% da capacidade cerebral seria perdida a cada dez anos após os 50 anos, enquanto a perda neuronal seria limitada a determinados locais.

Zhong et al (2015) consideraram que o sistema nervoso central e periférico seriam os sistemas fisiológicos mais dedicados ao processo de envelhecimento, sendo responsáveis por diferentes mudanças nas funções sensoriais, motoras e mentais. O peso e o tamanho do cérebro seriam reduzidos; a diminuição da massa cerebral estaria relacionada à perda desigual de neurônios; o peso reduziria 5% aos 70 anos e cerca de 20% aos 90 anos. Com certo grau de atrofia cortical, o volume do sistema ventricular aumentaria uniformemente em todas as regiões do cérebro.

Estudos recentes de Albuquerque (2016) revelaram por meio de imagens funcionais do cérebro humano que a atividade neural sofreria mudanças com a idade, e que diferentes regiões do cérebro relacionadas à função cognitiva teriam menos ativação coordenada com o envelhecimento; além disso o mesmo autor demonstrou que essa diminuição na coordenação da atividade cerebral está relacionada ao mau desempenho em vários domínios cognitivos.

Além do menor grau de integração, a localização da atividade neural em certas áreas do cérebro (como o córtex pré-frontal) também diminuiu, especialmente em resposta à execução de tarefas. Embora a perda de neurônios seria mínima, na maioria das regiões do cérebro de idosos saudáveis, as mudanças na fisiologia sináptica durante o envelhecimento poderiam levar a mudanças na conectividade. Também, devido a alterações nos nervos periféricos, poderiam ocorrer sensação de tremor, desequilíbrio e perda de propriocepção (Silva, 2015).

Quando se pede a alguém que imagine a postura de um idoso, a imagem que costuma aparecer é a de uma pessoa curvada ou inclinada para a frente (Sanchez

et al., 2013). De acordo com isso, Vicens et al (2011) exemplificou que a marcha do idoso costuma caracterizar-se por uma pequena hesitação ao caminhar, com leve balanço do braço e pequenos passos, ao mudar de direção. Ao se falar em marcha, postura e equilíbrio, a instabilidade postural seria um dos maiores problemas da geriatria devido às suas complicadas consequências que, juntamente aos distúrbios da marcha, acarretaria grandes complicações causadas por quedas. Sob o mesmo ponto de vista, Magalhães (2012) afirmou que o envelhecimento representaria uma etapa do desenvolvimento pessoal que teria como principais características a vulnerabilidade e menor capacidade de sobrevivência frente à acidentes.

Evidências sobre consequências do uso crônico de benzodiazepínicos por idosos

Mano (2015) constatou que hoje em dia, os benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos mais consumidos em todo o mundo e estima-se que sua utilização aumenta 50% a cada 5 anos. De acordo com a pesquisa de Fiorelli e Assini (2017) no Brasil essa seria a terceira classe de droga mais prescrita; e estimou-se que 2% dos indivíduos brasileiros adultos utilizem BZD, sendo mais usados pelo sexo feminino e tendendo a aumentar conforme o envelhecimento. Outro estudo, de AMB (2016) apresentou que a prevalência do uso de BZD na população brasileira seria de 5,6% a 21% da população geral, sendo responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. A Organização Mundial da Saúde (2014) estimou que 5,3% da população mundial já usou algum BZD, com ou sem orientação de profissional de saúde, esporadicamente ou todos os dias.

O uso de BZD seria frequente em idosos, e o número de usuários aumentou conforme a idade. Essa prevalência preocupa, já que os idosos seriam mais predispostos que os jovens aos efeitos adversos e à toxicidade dessas medicações, pois a metabolização das mesmas no organismo seria mais lenta, haveria aumento relativo da quantidade de tecido adiposo em comparação ao muscular, também aumento do volume de distribuição e prolongamento da meia vida do fármaco. Apesar disso, a utilização de remédios entre essa faixa etária tem aumentado por causa do crescimento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a ocorrência de

doenças neurodegenerativas e psiquiátricas, que por sua vez, requerem uma análise criteriosa a respeito da terapia prescrita (CARVALHO; et al., 2016).

Os BZD, sendo fármacos que agem diretamente no sistema nervoso central, alteram aspectos cognitivos e psicomotores. Algumas denominações atribuídas a essa classe medicamentosa são: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, e tranquilizantes. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação e relaxamento muscular. Recomenda-se BZD em casos nos quais a ansiedade tem um início bem determinado e por um tempo bem concretizado (Almeida, 2015). Segundo a pesquisa de Lembke; Papac e Humphreys (2018), seria proveitoso a utilização de BZD quando usados de forma intermitente ou por menos de um mês. No entanto, quando empregado todos os dias e por períodos estendidos, as vantagens diminuiriam e os riscos aumentariam.

Mano (2015) corroborou afirmando que pode-se usar os BZD como uma primeira alternativa de tratamento psiquiátrico; dessa forma, é uma inserção medicamentosa provisória e benéfica ao paciente. Apesar disso, Almeida (2015) abordou que o uso infundado de psicotrópicos teria grande prevalência nos serviços de saúde, tendo em perspectiva que o remédio seria aceito e usado mundialmente como um dos mais essenciais recursos terapêuticos da medicina moderna; ocorre que, quando utilizado de maneira exagerada, causaria males, por exemplo: dependência, crises, intoxicações e distúrbios comportamentais.

Ainda, a automedicação sem receita médica, por vezes seria uma realidade comum entre os idosos; e o acesso a uma variedade de remédios advindos do progresso da indústria farmacêutica agravou esta perspectiva (Alvarenga et al., 2015). Atualmente, o que se vê são cada vez mais casos de polifarmácia - uso de mais de cinco medicamentos concomitantemente. Assim, ocorreriam diagnósticos imprecisos e tratamentos excessivos para algumas modificações de humor ou comportamento; e acabaria havendo imprecisão diagnóstica advinda de uma possível mistura de sinais e sintomas dos efeitos adversos dos medicamentos com os sinais e sintomas do próprio envelhecimento. Enfim, a categoria idosa seria a mais afetada no processo de medicalização (John; et al., 2015; Martinez et al., 2017).

Os BZD interagem com receptores do ácido gama aminobutírico no sistema nervoso central e produzem efeitos ansiolíticos, calmantes e hipnóticos, portanto, são bastante eficientes para o controle dos sinais da ansiedade e transtornos do sono, e são largamente prescritos pelos médicos para indivíduos com esses sintomas. Porém, a utilização indiscriminada de BZD poderia provocar dependência química, especialmente por sua utilização infundada (Olfson et al., 2015).

De acordo com a pesquisa de Lembke; Papac e Humphreys (2018), os BZD também tem utilidade em condições clínicas como convulsões, renúncia aguda de bebida alcoólica e síndrome das pernas inquietas, além de crise de ansiedade e insônia. É escrito também que os efeitos nocivos mais essenciais seriam a tontura, seguida de queda e, conseqüentemente, fraturas. Segundo De Vries et. al. (2013), outros efeitos colaterais evidentes seriam a perda de memória e diminuição da cognição, com prejuízo da realização das atividades da vida diária; nos idosos, esses efeitos trariam o risco de quedas independente da dose ou meia vida do medicamento utilizado.

Ilustrando esses dados, um estudo de caso controle de Billioti G. S. et al (2015), demonstrou que o risco de doença de Alzheimer em adultos mais velhos foi significativamente associado ao uso prévio de BZD, com risco aumentado de 43 a 51%; o risco aumentou ainda mais com a exposição cumulativa e uma meia-vida mais longa da medicação. Outro estudo, de Cordioli; Gallois e Isolan (2015) afirmou que uma das causas mais comuns de quadros confusionais reversíveis em idosos seria o uso excessivo de BZD, mesmo em pequenas doses. Sendo assim, nessa população, recomenda-se o uso de BZD de metabolização mais rápida (p.ex., alprazolam, lorazepam), evitando-se os de longa ação, tais como diazepam, flurazepam.

Quanto ao principal medicamento ansiolítico prescrito no Brasil, um estudo evidenciou que o diazepam foi pouco receitado pelos profissionais de saúde pública, sendo que o clonazepam foi o que teve maior receita médica. Por outro lado, em outra pesquisa, onde que o propósito foi saber qual o BZD mais popularmente dispensado nas farmácias e drogarias privadas das capitais brasileiras, dados mostraram que o remédio mais vendido em nível nacional foi o alprazolam (Azevedo; Araújo e Ferreira, 2016).

Retomando, mais alguns efeitos adversos da classe seriam sonolência diurna, redução da coordenação motora, alteração da memória (amnésia anterógrada), zumbidos, reação paradoxal (excitação, cólera e desinibição) e o risco de dependência. Além disso, a utilização demasiada de BZD por idosos foi agregada ao perigo sucessivo de quedas e, similarmente, contribuíram para o agravamento da redução das utilidades cognitivas e para manifestações de Alzheimer (Lorenzet; Chatkin e Nogueira, 2015). Martins et al (2015) explicou que o pretexto para sua utilização de BZD seria o tratamento de insônia, porém, o uso poderia provocar sedação excessiva e hipotensão postural por inibição adrenérgica. Em síntese, essas reações adversas discutidas pelos autores supracitados teriam como base vários níveis de sedação e depressão do sistema nervoso central, diminuindo as funções nervosas, cardíacas e respiratórias.

Com isso, ficou a compreensão de que vários prescritores não valorizam o fato de que os BZD são capazes de provocar dependência e que quando usados todos os dias podem causar problemas como: dificuldade no controle da ansiedade, redução cognitiva, eventuais acidentes e quedas, aumentar a falta de sono, reforçar as taxas de internação hospitalar e visitas aos serviços de saúde, e até provocar a morte, com intoxicações fatais e acidentes de trânsito. Sendo assim, é reforçada a hipótese de que, sempre que possível, seria importante rever a prescrição e retirar o BZD quando houver controle sintomático das patologias iniciais.

Desprescrição aos usuários de benzodiazepínicos

A Atenção Primária à Saúde seria a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também a coordenadora do cuidado do paciente, comunicando-se com os demais serviços de saúde, proporcionando um cuidado integral e longitudinal ao paciente. Partindo dessa premissa, a maioria da população brasileira utilizaria a APS como principal fonte de atendimento médico. Logo, seria de suma importância que, quando necessário uso de medicamentos para tratamento ou controle de alguma patologia, houvesse zelo e cautela por parte dos médicos prescritores, lembrando da possibilidade de não apenas prescrever um remédio, como também desprescrever (Souto et al., 2017).

Desprescrição é um processo de revisão individual dos medicamentos usados por um paciente, em que os profissionais prescritores consideram relações desfavoráveis de risco-benefício, e assim, havendo mais benefícios ao paciente, pode-se desprescrever um medicamento do receituário. Ou seja, para garantir este direito ao paciente recorre-se a um processo de simplificação, cessação ou troca de fármacos, com o objetivo de minimizar a polifarmácia, os riscos inerentes e otimizar os resultados. A segurança do paciente seria entendida como a redução do risco de dano associado ao cuidado, e tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (Gusso et al.,2019).

Alves; Coelho e Kohler (2016) apontaram que os BZD fazem parte das classes medicamentosas que necessitam de receituário controlado, sendo necessário a retenção da receita médica pela farmácia dispensadora, seja nos serviços públicos ou privados. No entanto, percebeu-se que esse controle muitas vezes acaba sendo ineficaz e a dispensação ocorre de maneira demasiada mesmo com toda inspeção existente por parte dos órgãos fiscalizadores. Também, Mezzari e Iser (2015) criticaram que práticas de atendimento inadequado por parte dos médicos, como por exemplo, renovação de receita sem consulta médica, seriam capazes de contribuir para a cronicidade do consumo de BZD.

Neste mesmo cenário, Alvarenga et al (2015) trouxeram que, além do desempenho dos profissionais de saúde, especialmente médicos e farmacêuticos, a posse e uso de remédios sujeitos a controle especial necessita também de responsabilidade por parte dos usuários ou seus representantes legais; existem pacientes que não retornaram ao médico para uma segunda consulta e orientação, e por muitas vezes acabam dando seguimento a utilização de BZD, conseguindo renovar receita em outro serviço de saúde ou adquirindo medicação dada por um conhecido que já a tem. Corroborando com essa linha de pensamento, Carvalho et al (2016) abordaram o fato de que vários pacientes vão ao médico apenas para receber uma nova receita; nesse momento, o médico e a equipe de saúde teriam papel fundamental de facilitar uma consulta que avalia indicação e dose, analisa efeitos nocivos, resposta terapêutica, possíveis interações medicamentosas, e também conversar sobre a importância de retorno do paciente ao médico periodicamente. Contrastando com isso, Alvim et al (2017) destacou a importância de analisar caso a caso, ou seja, cada paciente em sua individualidade, levando em

consideração sua origem social, cultura e acesso à saúde; uma regra rígida para o manejo da receita e possível desprescrição não poderia ser fixada para todos os tipos de pessoas.

Compreende-se que os BZD são prescritos inúmeras vezes sem recomendação adequada, constituindo uma dramática dificuldade de saúde pública. Apesar de ser uma classe medicamentosa inadequada para idosos, é empregada rotineiramente para tratar falta de sono e/ou ansiedade nessa faixa etária. Carvalho et al (2016) recomendou que não se ultrapassem quatro semanas de uso contínuo, no entanto, tem sido visto a sua utilização prolongada por vários meses e anos, podendo o tempo de utilização ser superior a 20 anos.

Os psicofármacos usados para o controle dos transtornos mentais são agentes antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos/calmantes. Entre eles, há os BZD que, embora não sejam considerados de primeira escolha na rotina do tratamento desses distúrbios (Airagnes et al., 2016), são bastante eficientes para o controle da ansiedade aguda ou associado ao início de outra classe principal, geralmente por duas semanas junto a algum inibidor seletivo da recaptção de serotonina. Ocorre que, a utilização indiscriminada de BZD pode provocar dependência química (Olsson et al., 2015), o que tornaria a retirada um processo mais difícil, com crises de abstinência e tolerância (necessidade de doses maiores para o mesmo efeito).

Mezzari e Isser (2015) alertaram que os efeitos nocivos e a dependência precisam ser considerados na avaliação do risco e benefício ao tratamento. A relação médico-paciente seria fundamental para uma boa assistência no cuidado, de forma a aumentar a qualidade das orientações fornecidas e estabelecer acordos bilaterais para um bom plano de cuidado. Portanto, faz-se necessário discutir com a equipe de saúde da família e realizar treinamentos relacionados à desprescrição dos BZD, além de esclarecer à população as consequências do uso prolongado desse medicamento, principalmente em idosos (Nascimento et al., 2018).

Ressaltando ainda mais o papel dos prescritores, a exatidão na indicação médica para a utilização de BZD seria fundamental para reduzir a ocorrência de efeitos nocivos, assim como teria importância a identificação de pessoas com maior fator de risco para dependência. Na consulta pré-prescrição, é indicado que seja vigorosamente enfatizado o esquema terapêutico definido com a especificação do

tempo de uso, o poder de dependência do remédio, a possível redução da exatidão das atividades motoras e prejuízo à memória, além de possibilidade de interação com outras drogas depressoras (Carvalho et al., 2016).

Cordioli; Gallois e Isolan (2015) constataram que a suspensão abrupta do BZD clonazepam, principalmente após uso prolongado e em dose alta, poderia promover síndrome de retirada (descontinuação/ abstinência) que inclui sintomas somáticos e psicológicos como tontura, náusea, ansiedade e depressão; de rápida instalação, que pode ocorrer em horas ou dias após a retirada. Por essa razão, a desprescrição do medicamento precisaria ser gradual, e uma redução de 0,25 mg por semana geralmente é bem tolerada. Outra medicação da classe, o diazepam, tem metabolização 2 a 5 vezes mais lenta em idosos, e por isso, os efeitos adversos são em geral mais graves. Isso é explicado devido ao envelhecimento aumentar relativamente a quantidade de tecido adiposo, há aumento do volume de distribuição e prolongamento da meia vida desse fármaco altamente lipossolúvel, assim, com o metabolismo do fármaco reduzido, o mecanismo de ação é favorecido, aumentando significativamente a sensibilidade nos pacientes.

Acredita-se que a facilidade de acesso aos serviços médicos, em Unidades Básicas de Saúde e em Unidades de Saúde da Família, resultaria em um fenômeno conhecido como "super utilização" dos pacientes, que poderia ocasionar sobrecarga de trabalho aos profissionais médicos, que acabariam por esquecer ou por não se empenhar o suficiente para o convencimento e manejo da desprescrição junto ao paciente. Quando se fala em assistência geriátrica, esse fator estaria relacionado ao que se pode chamar de uma prática médica fragilizada, caracterizada pela renovação de receitas sem consulta médica adequada, o que tornaria a população idosa mais suscetível à polifarmácia (Tomaz et al., 2018).

Por outro lado, alguma pesquisas detectaram mudanças no padrão de regulamentação de psicotrópicos para os idosos, indicando uma diminuição da prevalência de BZD e sua substituição por outros fármacos, como antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina (Brett et al., 2018; Wolf et al., 2017). Neste intuito, Paludete et al (2016) concluiu que precisaria ser dada uma orientação apropriada pelas equipes da APS para que o transtorno intelectual no idoso seja

determinado no seu início e manejado de maneira correta e efetiva, visando uma melhor qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Os medicamentos da classe dos BZD variam em sua potência de meia-vida, esse termo se refere ao tempo que leva para a concentração do fármaco no organismo do consumidor se reduzir à metade, com isso pode-se estimar o tempo gasto para que o fármaco possa ser removido do corpo. Assim, o médico poderia individualizar ajustes no tratamento para atender melhor às necessidades do paciente. Por exemplo, o clonazepam é mais potente e tem uma meia-vida mais longa, logo, pode ser utilizado uma vez ao dia, preferencialmente à noite, por uma pessoa agitada com insônia. O lorazepam, por sua vez, é menos potente e tem meia-vida mais curta, podendo ser usado esporadicamente por uma pessoa depressiva que tenha crises de angústia ao longo do dia. Já o alprazolam e clonazepam têm menor poder de sedação do que os demais, e ainda assim, mantêm eficácia ansiolítica (Gusso et al.,2019).

Ainda, de acordo com a referência supracitada, os erros mais frequentemente cometidos envolvendo o uso de BZD seriam: Não desprescrever os BZD após a correção e/ ou estabilização dos sintomas e transtornos psiquiátricos; Fazer reduções em grande quantidade ou em grande frequência nas doses dos medicamentos; Prescrever o ansiolítico para uso contínuo (crônico), ao invés de usar alternativas com menor risco de dependência ou efeitos cognitivos; Prescrever BZD para pessoas com apneia obstrutiva do sono e glaucoma de ângulo fechado. O autor orientou também que seria válido referenciar o paciente para atendimento no serviço secundário em caso de dúvidas no manejo terapêutico dos medicamentos ou caso de dependência ao medicamento com grande dificuldade de retirada. De qualquer maneira, tornou-se mais evidente a prerrogativa de que ambos os serviços poderiam ser capazes de identificar e manejar as possíveis reações adversas de abstinência e a condição clínica do paciente após a redução gradual da dose e a desprescrição.

DISCUSSÃO

Tendo como base e inspiração o conteúdo estudado e abordado até então neste trabalho, sugerimos alguns planos de intervenção:

O que fazer?	Como fazer?	Resultados esperados
Renovar receituário em uma consulta médica	Convidar o paciente para passar em consulta (busca ativa). Avaliar e acompanhar adequadamente cada paciente.	Tratamento humanizado e individualizado ao paciente. Maior vínculo do paciente com o médico e um melhor acompanhamento da sua saúde.
Reduzir gradualmente a dose do medicamento	Fazer acordo com o paciente sobre redução gradual de dose e comprometimento em retornar em consultas para reavaliações. Explicar efeitos colaterais/malefícios	Diminuição da dose habitual da medicação. Paciente retorna em consultas estável clinicamente, sem abstinência ou piora de sintomas (ex.: ansiedade, insônia)
Substituir o medicamento por outro de classe similar	Sugerir ao paciente substituição do BZD por outra medicação, p.ex.: fitoterápico e/ou inibidor seletivo da recaptção de serotonina. Pode-se adicionar isso à redução de dose de BZD.	Paciente em uso do novo esquema terapêutico. Paciente estável clinicamente, sem abstinência ou piora de sintomas.
Consultar paciente na companhia de um familiar (acompanhante)	Desmotivar algum possível compartilhamento de medicações entre os familiares. Orientar a não “emprestar/ experimentar” remédios dos parentes.	Melhor adesão do paciente ao esquema terapêutico proposto devido ao apoio familiar. Apoio no controle de dosagem e na conferência de seguimento da prescrição
Psicoterapia	Consulta com profissional de psicologia.	Melhora dos sintomas de ansiedade e insônia. Melhor compreensão das próprias questões psicológicas; autocrítica. Motivação à aderir a desprescrição do BZD.
Atendimento multidisciplinar	Alternar consulta médica com consulta multidisciplinar; um especialista a cada mês. Agendar consultas com enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico.	Integralidade do cuidado. Maior vínculo do paciente com a equipe de saúde. Paciente observa que a desprescrição assistida de BZD é uma ideia comum e correta; tendo melhor adesão à proposta.
Grupo de conversa com pacientes	Organizar grupos educativos e palestras para promover educação em saúde, abordando os riscos do uso abusivo de BZD. Compartilhar experiências	Confiança no processo pessoal através do sucesso do outro. Despertar autocrítica para o uso racional e consciente da medicação.

O que fazer?	Como fazer?	Resultados esperados
Grupo de educação continuada aos servidores da saúde	Instruir a equipe de saúde sobre as principais doenças mentais e o seu tratamento. Organizar grupos educativos e palestras para promover educação em saúde.	Conscientização coletiva. Propagação de informação por parte dos servidores aos moradores do bairro e aos familiares.
Identificação de pacientes usuários de BZD na unidade de saúde	Catalogar os usuários de BZD. Criar planilha com os usuários de BZD da unidade, com nome, idade, endereço, telefone, prescrição atual e data de início (quando souber).	Monitoramento dos usuários. Melhor controle dos usuários. Possibilidade de agendamento de consulta para os faltosos. Longitudinalidade do cuidado.
Encaminhar para outro tipo de médico especialista, p.ex.: psiquiatra, neurologista	Caso o profissional da APS tenha dúvida quanto ao manejo terapêutico dos medicamentos, grande dificuldade de retirada ou caso de paciente com uma dependência maior ao medicamento.	Apoio do serviço secundário. Melhora das reações adversas de abstinência e da condição clínica do paciente após a redução gradual da dose e retirada.

Sendo assim, uma virtude almejada por esse plano de intervenção e cuidado é proporcionar aos trabalhadores da área da saúde o aprendizado e a lembrança de questionar a necessidade e quantidade das prescrições de psicotrópicos e com isso, buscar sempre o melhor para o paciente, individualizando o atendimento caso a caso; aprimorando assim, a qualidade de vida do indivíduo em sociedade.

CONCLUSÕES

Com base no conteúdo desenvolvido até aqui, conclui-se que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma questão bastante prevalente no Brasil e é um problema que envolveria os pacientes, os familiares, os profissionais de saúde e a sociedade. A procura pelo início da medicação ou renovação de prescrição em demasia, muitas vezes sem concreta indicação clínica, é comum por pessoas que querem alívio imediato para problemas psicológicos, sociais ou físicos do dia a dia, gerando um uso abusivo.

Além disso, observou-se também que o conhecimento profissional insuficiente sobre as doenças mentais e seus tratamentos e demasiada renovação de receita sem consulta, associado à falta de informação dos pacientes sobre as consequências do uso crônico de BZD tem favorecido a dependência do medicamento.

Tendo em vista os resultados encontrados e sintetizados frente às evidências atuais sobre o tema, foi observado que a desprescrição associada ao uso de medidas não farmacológicas seriam estratégias necessárias para o manejo do cuidado ao paciente idoso. Pessoas que fazem uso de BZD objetivam combater ou afastar provisoriamente os problemas de saúde vivenciados (mentais e/ ou físicos), portanto seria importante que o cenário social e familiar incentivasse o usuário a confrontar o cerne dos seus problemas, e a buscar soluções multidisciplinares, desfocando ao menos um pouco da medicação química.

Concluiu-se também que, por ser a porta de entrada para os serviços de saúde, a APS precisaria usar de técnicas eficazes para o manejo consciente do uso de BZD no conjunto social, principalmente, no que diz respeito aos indivíduos idosos, uma vez que, seriam esses sujeitos os que mais sofrem com efeitos nocivos da dependência química a longo prazo (Silva et al., 2015). Algumas mudanças fisiológicas que ocorrem em idosos são favoráveis ao acúmulo de efeitos adversos com psicofármacos. Portanto, buscar a diminuição da prevalência do uso desses medicamentos pela comunidade tornou-se uma medida importante.

Finalizando, o uso indiscriminado de BZD não estaria atrelado apenas ao paciente, mas também a atitudes de alguns profissionais de saúde que manteriam a renovação indiscriminada de receitas, contribuindo para o uso abusivo. Em suma, o uso de BZD deveria ser tomado com cautela, avaliando a real necessidade de cada paciente, além dos possíveis riscos e potenciais efeitos colaterais devido ao tempo, frequência, dose e interações medicamentosas. Num cenário ideal, o paciente receberia um atendimento integral e longitudinal, visando evitar danos por medicação em quantidade além da realmente necessária.

REFERÊNCIAS

AIRAGNES, G. et al. *Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management*. *Current Psychiatry Reports*, 2016.

ALBUQUERQUE, W.A. **Projeto de intervenção para combater o uso indiscriminado de benzodiazepínicos na ESF Waldir Silveira**. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

ALMEIDA, M.S.S. **Benzodiazepinas: da terapêutica ao abuso e dependência**. Portugal, 2015.

ALVARENGA, J.M. et al. *Benzodiazepine use among elderly: the relief of throwing water on the fire, not thinking and sleeping*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2015.

ALVES, D.M.P.; COELHO, V.G.M.A.; KOHLER, L.M. **Perfil de um grupo de usuários de clonazepam no município de Manhuaçu**. REMAS, 2016.

ALVIM, M.M. et al. *Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons*. Rio de Janeiro: *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 2017

Projeto diretrizes - AMB - Associação Brasileira de Psiquiatria. **Abuso e dependência de benzodiazepínicos**. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/32ZbLNq>. Acesso em: 23 mai. 2021

ARAÚJO, I. G. DE et al. **Foco na automedicação em pacientes idosos / Focus on self-medication in elderly patients**. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 10, p. 81600–81607, 26 out. 2020.

AZEVEDO A.J.P.D.; ARAÚJO, A.A.D.; FERREIRA, M.A.F. **Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras**. Manguinhos: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016.

BILLIOTI G. S., et al. **Uso de benzodiazepínicos e risco de doença de Alzheimer**: estudo caso-controlado. *BMJ* . 9 de setembro de 2014; 349: g 5205

BRAGA, D.C. et al. **Psychotropic use in a midwest municipality of Santa Catarina state**. *Journal of the Health Sciences Institute*, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/31U1Xnn>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

BRETT, J. et al. **Benzodiazepine use in older adults in the United States, Ontario, and Australia from 2010 to 2016**. *JAGS*, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2SuuovS>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

CANTÃO, L. et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas**. *Revista Rene*, 2015.

CARVALHO, A. et al. **O uso de benzodiazepínicos em mulheres idosas e o papel do médico da atenção primária**. *Colloq Vitae*, 2016.

CARVALHO, C.G. **Educação para saúde sobre o uso de benzodiazepínicos em um PSF de um município mineiro**. Belo Horizonte: UFMG, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/39DccyK>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

CORDIOLI, V. C.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Orgs.) **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2015. 1005 p.

DE VRIES, O. J. et al. **The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: two prospective observational studies**. *Age Ageing*, v. 42, n. 6, p. 764-770, 2013.

FIORELLI, K.; ASSINI, F.L. **A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura**. *ABCS Health Sciences*, 2017.

GISEV, N. et al. **Mortality associated with benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among community-dwelling older people in Finland: a population-based retrospective cohort study**. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2011

GOLCHIN, N. et al. ***Polypharmacy in the elderly***. Irã: *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 2015.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388 p.

JOHN, A. et al. ***Recent trends in the incidence of anxiety and prescription of anxiolytics and hypnotics in children and young people: an e-cohort study***. Elsevier, 2015.

LEMBKE, A.; PAPAC, J.; HUMPHREYS, K. ***Our other prescription drug problem***. *New England Journal of Medicine*, 2018.

LORENZET, I.C.; CHATKIN, M.N.; NOGUEIRA, L.M. **Baixa Prevalência do uso de benzodiazepínicos por idosos atendidos em Pelotas (RS)**. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 2015.

MAGALHÃES, E.J. **Desenvolvimento de métodos para quantificação de drogas em matrizes de interesse forense**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

MANGINI, J.R.; Z.A, CAPONI, S.N.C. **Condicionantes relacionados ao uso crônico de clonazepam no Brasil**: uma história de vida. Florianópolis: Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, 2014.

MANO, P. **Abordagem e complicações medicamentosas na tontura**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

MARTINEZ, C.M. et al. ***Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women***. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2vyV5Qc>. Acesso em: 23 mai. 2021

MARTINS, A.P.A.F. et al. **Uso de benzodiazepínicos por idosos: sonolência diurna excessiva, instabilidade postural e adequação da prescrição na estratégia de saúde da família**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 2015.

MENDES, L. A. et al. **Fatores de risco associados à queda de idosos.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 67229–67237, 10 set. 2020.

MEZZARI, R.; ISER, B. P. M. **Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde.** Porto Alegre: AMRIGS, 2015.

MOREIRA, F. S. M. et al. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 2073–2082, 3 jun. 2020.

MOURA, D.C.N. et al. **Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa de literatura.** SANARE, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/38trK8p>. Acesso em: 23 mai. 2021.

NASCIMENTO, F.T.A. et al. **Avaliação da funcionalidade de idosos em atendimento ambulatorial.** Campina Grande: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2018.

NORDON, D.G. et al. **Características da população que usa benzodiazepínicos em Unidade Básica de Saúde da Vila Barão de Sorocaba.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. Vol.12, n.2, 2010.

OLFSON, M. et al. ***Benzodiazepine use in the United States.*** *JAMA Psychiatry*, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2uEKYcy>. Acesso em: 23 mai. 2021.

OLIVEIRA, J.D.L. et al. **Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente.** Revista Transformar, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2OWK7L1>. Acesos em: 23 mai. 2021.

PALUDETE, D.M. et al. **Uso de benzodiazepínicos associado ao risco de acidentes por quedas em idosos.** APS, 2016.

PASSOS NETO, C. D. et al. **Consumo de benzodiazepínicos por idosos usuários da estratégia saúde da família.** Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 883–889, 2020.

SANCHEZ, M.P. et al. ***Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011 [Trends of use of anxiolytics and hypnotics in Spain from 2000 to 2011]***. *Rev Esp Salud Publica*, 2013.

SILVA, K. D. FREITAS, G. R. **Desprescrição em idosos: uma revisão da literatura**. *Diversitates Int J* 11(1): p.16-38, 2019.

SILVA, V.P. et al. **Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde**. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2015.

SOUTO, S.M.T. et al. **Qualidade de vida de idosos usuários de benzodiazepínicos**. *Revista Brasileira Ciências da Saúde – Uscs*, 2017.

SOUZA, J. K. R. E et al. **Utilização de benzodiazepínicos em Estratégias Saúde da Família**. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 10, n. 1, p. 67–74, 20 out. 2020.

TOMAZ, S.A.G. et al. **Prevalência de quedas em idosos devido ao uso de benzodiazepínicos e diuréticos**. *Revista Uningá*, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3bKjJEs>. Acesso em: 24 mai. 2021

VICENS, C. et al. ***Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: a protocol for a clustered, randomized clinical trial***. *BMC Fam Pract*, 2011.

WOLF, I. et al. ***Changes in prevalence of psychotropic drug use and alcohol consumption among the elderly in Germany: results of two National Health Interview and Examination Surveys 1997-99 and 2008-11***. *BMC Psychiatry* 2017.

ZHONG, G.C. et al. ***Association between benzodiazepine use and dementia: a Meta-Analysis***. *Plos One*, 2015.