O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM MULHERES IDOSAS E O PAPEL DO MEDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alexandre Carvalho[1], Luciana Farias dos Santos[1], Simone Shirasaki Orosco[1]

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Faculdade de Medicina, Presidente Prudente, SP. e-mail: alee.carvalho@live.com

RESUMO

O uso de benzodiazepínicos é frequente em idosos do gênero feminino. Essa situação é preocupante, na medida em que esse segmento populacional apresenta maior predisposição aos efeitos adversos e à toxicidade dessas medicações. Assim, este estudo teve como objetivo identificar o papel do médico da atenção primária diante do uso inadequado de benzodiazepínico em idosas. Esta pesquisa utilizou como metodologia a revisão integrativa. Os artigos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sendo construídas duas categorias para análise: uso inadequado de benzodiazepínicos em idosas e papel do médico da atenção primária. Conclui-se que se deve instituir o uso racional de benzodiazepínicos na população idosa, além disso, o médico precisa saber identificar tolerância e dependência e como manejar esses pacientes.

Palavras-chave: ansiolíticos, idoso, mulheres, atenção primária à saúde, medicina comunitária.

THE USE OF BENZODIAZEPINES IN ELDERLY WOMEN AND THE ROLE OF THE DOCTOR OF PRIMARY CARE.

ABSTRACT

The use of benzodiazepines is common in female elderly. This situation is disturbing to the extent that this population segment has a greater predisposition to adverse effects and toxicity of those drugs. This study aims to identify the role of the primary care physician on the inappropriate use of benzodiazepines in elderly. This study used as methodology the integrative review. The articles were compared and grouped by similarity of content, being built two categories for analysis: inappropriate use of benzodiazepines in elderly and role of the primary care physician. The conclusion that must provide the rational use of benzodiazepines in the elderly, in addition, the doctor needs to know how to identify tolerance and dependence and how to manage these patients.

Keywords: anti-anxiety agents, aged, women, primary health care, community medicine.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos que apareceram no mercado na década de 60 e são caracterizados por seus efeitos ansiolíticos, quando em doses baixas, sedativos e hipnóticos em doses altas, além de possuir propriedades miorrelaxantes e anticonvulsivantes[2,9]. A partir de seu surgimento, a prescrição e consumo desse grupo de psicofármaco alcançaram níveis impressionantes estando hoje entre as drogas mais vendidas no mundo[1]. Estima-se que o consumo dessas medicações dobre a cada cinco anos[2].

O consumo crescente dos benzodiazepínicos pode ser resultado de um período turbulento que tem caracterizado as últimas décadas, associado à diminuição da resistência da comunidade ao estresse, à introdução de novas drogas no mercado, pressão propagandística das indústrias farmacêuticas e a prescrição médica inadequada[2].

No Brasil, a taxa semanal de consumo de tranquilizantes na população em geral é de 8%, a maioria por prescrição de médicos generalistas enquanto no Chile, um estudo em Santiago revelou uma prevalência anual no uso de psicofármacos de 31,4%, sendo a maioria mulheres (38,9%)[3].

Existe o risco de que com uma indicação inadequada, os pacientes usuários destas substâncias aumentem as doses sem comunicar ao médico, entre outras razões pela tolerância que estes geram[4]. A eficácia dos benzodiazepínicos é bem descrita nos

tratamentos de curta duração, porém, o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência[3]. Se usado por até três meses, o risco é praticamente nulo, enquanto que de três a 12 meses é de 10% a 15% e por mais de 12 meses é de 25% a 40%[2].

No Brasil, mesmo com a exigência de retenção de receita médica pela dispensação, o controle do uso desse grupo de medicamento ainda é falho resultando em automedicação, uso sem supervisão e prejuízo para o próprio paciente[5]. Reflexo disso, é o fato de o país ser o quinto consumidor de diazepam no mundo e o segundo de clonazepam[12].

O uso de benzodiazepínicos é frequente em idosos, o número de usuários aumenta conforme a idade e as mulheres integram o grupo mais associado ao uso dessas drogas[6].

Essa situação é preocupante, na medida em que os idosos apresentam maior predisposição aos efeitos adversos e à toxicidade dessas medicações, tais como risco de quedas, déficit cognitivo, dependência, sonolência diurna e perda da memória[1,5,6]. Uma revisão de ensaios clínicos demonstrou que a eficácia dos benzodiazepínicos no tratamento da insônia em idosos não institucionalizados não é isenta de riscos mesmo em curto prazo, e não houve constatação da efetividade do tratamento se em longo prazo[1,2].

Poucos estudos mostram que o uso de BZD por mulheres idosas é um problema de saúde pública relevante, o que demonstra a necessidade de mais estudos que estimem o risco de eventos adversos associado ao uso concomitante de benzodiazepínicos e de polifarmácia em idosos[5].

Nesse contexto, os médicos da família, pela sua posição na rede de cuidados em saúde, podem detectar e lidar com os sintomas psiquiátricos precocemente em pacientes que vêm a sua consulta com transtorno de ansiedade, assim como identificar e manejar pacientes usuários crônicos de BZDs[7].

A fim de contribuir com a investigação sobre a temática, o presente estudo teve como objetivo conhecer as produções científicas que abordaram o papel do médico da atenção primária diante do uso inadequado de benzodiazepínico em idosas.

METODOLOGIA

A metodologia de análise consistiu de uma revisão integrativa[8], cuja finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, para o aprofundamento do conhecimento a respeito do papel do médico da Atenção Primária em Saúde diante do uso inadequado de benzodiazepínicos em idosas.

Para a coleta de dados foram selecionados artigos publicados no período de abril de 2000 a junho de 2015, indexados na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores empregados para a busca foram “idoso”, “dependência”, “benzodiazepina” e “atenção primária à saúde”.

Foram considerados para a análise dos estudos encontrados nesta revisão: o tipo de estudo e método, os objetivos, os resultados e as conclusões. Para a seleção dos artigos ocorreu primeiramente a análise dos títulos e resumos, em uma segunda etapa houve uma avaliação do texto completo. Foram incluídos os artigos em língua portuguesa e espanhola, na íntegra e que ressaltaram a temática referente ao uso de benzodiazepínico na população idosa e o papel do médico da atenção primária. Foram excluídos os artigos que não relatavam nenhum envolvimento com o tema e os artigos que não disponibilizavam o resumo para verificação. Os artigos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas duas categorias para análise: uso inadequado de benzodiazepínicos em idosas e papel do médico da atenção primária.

RESULTADOS

Foram identificados 148 artigos para a revisão Integrativa, 34 na SciELO e 104 no LILACS. Com os descritores “benzodiazepina” + “dependência” encontraram-se 21 resultados selecionando-se 4 artigos, “benzodiazepina” + “idoso”, encontraram-se 13 e selecionaram-se 3, “benzodiazepina” + “anciano” encontraram-se 2 e selecionaram-se 1, e “benzodiazepine” + “aged” encontraram-se 102 e selecionaram-se 5, com “atenção primária à saúde” + “benzodiazepina” encontraram-se 5 e selecionaram-se 2. Após a seleção por títulos, resumos disponíveis e ano de publicação (período de 2000 a 2015), permaneceram 13 artigos. Deste grupo foram excluídos 4 por não possuírem relação com o tema. Foram para leitura integral 9 artigos.

Os resultados dos principais artigos selecionados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Artigos selecionados.

Autor, ano	Tipo de Estudo/Método	Objetivos	Resultados e Conclusões
Huf et al., 2000	O padrão de uso de benzodiazepínicos e os fatores associados ao uso prolongado destes foram examinados com base em um questionário padronizado, aplicado a 634 mulheres com mais de sessenta anos, participantes de um centro de convivência para idosos no Rio de Janeiro, entre maio de 1992 e dezembro de 1995.	Avaliar o padrão de utilização de benzodiazepínicos numa população que apresenta riscos especiais: as mulheres com mais de sessenta anos.	A prevalência de uso de benzodiazepínicos na última quinzena foi estimada em 21,3% (IC 95% 18,1-24,5), e a prevalência de uso diário por 12 meses ou mais em 7,4% (IC 95% 5,4-9,4). Em uma análise multivariada, o número de medicamentos consumidos mostrou associação importante e progressiva com o uso prolongado de benzodiazepínicos, com OR = 2,77 (IC 95% 1,17-6,57) para aquelas que consomem entre quatro a seis medicamentos e OR = 7,62 (IC 95% 3,18-18,26) para aquelas que consomem mais de sete medicamentos. Queixas de insônia (OR = 8,87 IC 95% 2,53-31,06) e cefaleia (OR = 3,53 IC 95% 1,82-6,89) também estiveram fortemente associadas a este padrão de uso. Os achados apontam para a necessidade de estudos em que os pacientes que iniciam o uso de benzodiazepínicos possam ser acompanhados ao longo do tempo. Estudos longitudinais permitirão aferir com maior acurácia o tempo de uso e explorar os fatores envolvidos.
Silva Herrera et al. 2002	Realizou-se um estudo descritivo, observacional, de prescrição/indicação de medicamentos durante os meses de novembro de 1999 a janeiro de 2000 na Cidade de Havana, utilizando-se questionário padronizado aplicado a 804 consumidores de benzodiazepínicos.	Estimar a prevalência do uso crônico de benzodiazepinas entre os pacientes adultos, determinar as características socioculturais, os motivos da prescrição, as drogas mais utilizadas o nível de automedicação.	Do total de 804 pessoas entrevistadas, consumidoras de benzodiazepinas, maiores de 15 anos de idade 57% o faziam de forma crônica. Desta população consumidora crônica 73,6% são do sexo feminino, com predomínio entre os maiores de 60 anos de idade, donas de casa, de menores níveis educacionais e de estado civil casado. Comprovou-se que a benzodiazepina mais utilizada foi o diazepam, observado em 65,9% dos casos. A maioria das prescrições foi realizada para a ansiedade (57,7%) e insônia (31,4%). A automedicação ocorreu em 25,1% dos consumidores crônicos.
Galleguillos et al. 2003	Realizou-se um estudo transversal durante os dias 6 e 7 de setembro do ano de 2000, em consultórios de atenção primária em zonas urbanas e rurais de Santiago, aplicando-se questionário a 188 pacientes com mais de 15 anos.	Verificar a frequência de uso de benzodiazepínicos entre pacientes (idade média de 46,8) de cuidados primários.	A amostra foi constituída por 188 pessoas, 65,7% mulheres e 34,3% homens. A idade média foi de 46,8±17,5 anos. Em 31,5% dos entrevistados utilizava algum tipo de psicofármaco em algum momento do estudo. Os benzodiazepínicos corresponderam a 82,1% do total de psicofármacos. A prevalência anual de consumo de benzodiazepínicos foi de 26% (46 sujeitos). A média de tempo de consumo entre os usuários atuais desta amostra foi de 3,2 anos (38 meses). A prescrição do fármaco foi feita em 74,5% por um médico generalista, em 12,8% por um psiquiatra, e em 6,4% por outro especialista. Em 6,4% da amostra consumiam benzodiazepínicos sem prescrição médica.

García et al. 2003	Realizou-se uma revisão bibliográfica	O objetivo foi fazer referência a alguns benzodiazepínicos disponíveis na atualidade assim como suas características farmacológicas e uso.	Quase todos os efeitos dos BZD se devem à inibição do SNC, através de potencialização do GABA. Devido a maior margem de segurança em relação aos medicamentos antigos, substituição amplamente às outras classes para o tratamento da ansiedade e insônia. Os fármacos de eleição para a insônia são aqueles de ação curta. Para evitar dependência física o médico deve usar dose mínima e eficaz, fazer tratamentos curtos e intermitentes, suspender a medicação assim que se controlem os sintomas, o tratamento não deve ser maior que 2 meses. Quando o objetivo é ansiolítico recomendam-se os BZD de meia vida prolongada. Esses fármacos são uma ferramenta valiosa, mas devem-se levar em consideração os efeitos colaterais e a dependência para seu uso.
Auchewski et al. 2004	Entrevistaram-se 120 pacientes, sendo 39 homens e 81 mulheres os quais procuraram farmácias em Curitiba para comprar benzodiazepínicos, aplicando-se questionário pré-estabelecido.	Avaliar as orientações médicas recebidas com relação aos principais efeitos colaterais dos medicamentos.	Treze por cento relataram terem sido orientados sobre os 3 principais efeitos colaterais do medicamento, 27% a respeito de pelo menos dois e 40% apenas de um, enquanto que 19% não recebeu nenhuma orientação. Houve predomínio da orientação não beber (85%), seguida do cuidado para operar maquinas e dirigir veículos (46%) e por ultimo o risco de desenvolvimento da dependência (31%). Sessenta e um por cento utilizavam por mais de um ano, 94% tiveram insucesso na interrupção do medicamento, e 22% tiveram pouca orientação sobre o uso do medicamento.
Minaya et al. 2009	Em uma amostra de 39 pacientes do instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de La Fuente na cidade do México. O diagnóstico de dependência a benzodiazepínicos foi realizado a partir do SCID-I, a gravidade da depressão se avaliou mediante a escala de Montgomery e Asberg, os sintomas da ansiedade com a escala de Hamilton.	Descrever e comparar as características sociodemografi cas e clinicas relacionadas com a prescrição e com o uso de benzodiazepínicos em adultos idosos com e sem dependência aos mesmos em um serviço especializado de psicogeriatria.	Do total da amostra, 92,3% eram mulheres, com idade média de 70,8 e desvio padrão de 5,8. O nível de escolaridade média foi de 7 anos e a principal ocupação foi atividade do lar (82%) seguida de desemprego (10%) e emprego remunerado (7%). Dos pacientes, 38 tinha como diagnostico principal o transtorno depressivo maior. Cinquenta e três por cento completaram critérios para diagnostico de transtorno de ansiedade. A indicação médica principal (59%) foi a presença de transtorno de ansiedade, seguida de insônia (41%). A idade de inicio foi de 57,5 anos, em média, com tempo médio de 625 semanas. Sessenta e nove por cento dos entrevistados apresentavam dependência aos benzodiazepínicos. A depressão em idosos relacionada com a ansiedade não deveria ser tratada com benzodiazepínicos devido ao risco de dependência e a relação com a intensidade dos sintomas de depressão.

Oliveira, 2009	Estudo descritivo, com uma amostra populacional de 1081 pacientes de um consultório no município de Santiago, cujos dados foram extraídos do censo semestral do Programa de Saúde Mental entre primeiro de janeiro a 30 de junho de 2005.	Determinar a prevalência de dependência e benzodiazepínicos e descrever características sociodemografi cas da amostra.	Do total de 1081 pacientes, 111 foram diagnosticados como dependentes de benzodiazepínicos pelos critérios do DSM-IV. A idade média foi de 60 anos, com uma proporção de sexos de 3 mulheres para cada homem. Em 66% deste grupo, havia pelo menos uma patologia mental associada (20% transtorno do animo, 12% transtorno de ansiedade generalizada, 7% transtorno do pânico, 15% transtorno misto ansiedade-depressão, 11% transtorno de personalidade). Deve-se enfrentar o problema com o diagnostico da severidade do problema, realizar desintoxicação gradual nos casos de melhor prognostico, indicar BZD com precaução, desenvolver e manter vínculo terapêutico sólido.
Ricardo e Gárciga, 2010	Estudo descritivo de corte transversal, realizado no segundo semestre de 2007, em consultório pertencente a área de saúde da Policlínica de Campo Florido no Município de Havana, sobre o comportamento do consumo dos benzodiazepínicos, em uma amostra ao acaso de 79 pacientes, todos maiores de 60 anos.	Examinar o consumo de benzodiazepínicos em pacientes da terceira idade, analisando variáveis de idade, sexo, prescrição facultativa, motivo de prescrição.	Da amostra, 74,6% eram mulheres, o grupo de idade que predominou foi de 60-64 anos com 50,6% do total. O motivo principal para o consumo do fármaco foi ansiedade (54,5%), em segundo lugar a insônia (29%). Conclui-se que a prescrição de psicofármacos na população de terceira idade é uma pratica clinica habitual que merece atenção.
Souza et al., 2013	Foi realizado um estudo qualitativo com amostra de 33 mulheres entre 18 a 60 anos que utilizaram uso indevido de benzodiazepínicos no último ano, para insônia e ansiedade por mais de 4 semanas. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada.	Compreender qualitativamente crenças e valores associados ao consumo indevido de benzodiazepínicos por mulheres.	A maioria das entrevistadas referiu tempo de uso bem superior ao recomendado (mediana: 7 anos) e compra com receita médica. Os motivos de uso mais citados foram diminuição da ansiedade, problemas de insônia e fuga dos problemas. Apesar de reconhecerem a possibilidade de dependência, esta não motivou a interrupção do uso. O acompanhamento médico não pareceu, necessariamente, estimular a percepção de risco dos benzodiazepínicos, sendo um fator que favoreceu a manutenção do uso prolongado.

DISCUSSÃO

Uso inadequado de benzodiazepínicos em idosas

O uso inadequado de BZD, definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para tratamento, tem sido crescente nos últimos anos, tornando-se objeto de preocupação na área de saúde pública junto com outros medicamentos psicotrópicos[5]. Segundo Minaya et al.[6], o uso de benzodiazepínicos para o tratamento de ansiedade e insônia não deve ultrapassar período maior que quatro semanas,

enquanto Fernández García et al.[7], recomendam no máximo 2 meses.

É de extrema relevância elucidar o paciente sobre o problema que o mesmo possui, a medicação que esta sendo usada e seus efeitos colaterais, assim como estabelecer um plano terapêutico com prazo adequado e manter vinculo estável com o cliente[5]. Os benzodiazepínicos trazem como efeitos colaterais principais diminuição da atenção, interação com o álcool e risco potencial de dependência e tolerância[2]. Em especial os idosos, os quais já possuem maior risco de queda, tem risco adicional quando fazem uso dessa classe de droga[1].

A grande maioria dos artigos traz como característica sociodemográfica principal, em relação ao uso do medicamento, o predomínio do sexo feminino, o que se considera como fator de risco para dependência e uso prolongado, junto ao aumento da idade[1,3,4,9,12]. Pode-se atribuir isso ao maior espaço que a mulher passou a ocupar na sociedade moderna, agregando tarefas àquelas que já possuíam no cuidado de casa e da família, tornando-a susceptível ao estresse e ansiedade[5].

Nota-se, também, que há maior uso na terceira idade, uma faixa etária em que devido ao processo natural de desenvolvimento e diminuição do metabolismo de drogas, pode haver superdosagem com toxicidade e maior vulnerabilidade a efeitos colaterais[3,6,7,10].

A qualidade de vida de um usuário de benzodiazepínico pode ser prejudicada pelo uso indevido, repercutindo nas atividades diárias com diminuição da cognição, da independência e da autonomia. Floriano e Dalgalarrondo[11] descrevem um risco 12 vezes maior de haver pior qualidade de vida física quando há uso dessa classe, com queixas como diminuição da energia física, sono insatisfatório, dificuldade na locomoção e maior busca do atendimento médico.

Evidencia-se a falta de orientação dos pacientes, pois a maioria não tem a percepção do risco a que é submetido quando usando a medicação, não são informados sobre a possibilidade de dependência e o reconhecimento da mesma, e também não são orientados sobre a interrupção quando controlados os sintomas os quais motivaram a prescrição[1,5]. Estudo realizado em Santiago demonstrou que o tempo médio de consumo foi de 3,2 anos[4].

Papel do médico da atenção primária

O médico da atenção primária deve ficar atento à idade avançada do paciente e o uso prolongado, as queixas de sedação diurna e à meia vida da droga utilizada, pois são fatores de risco para o aumento da toxicidade e desenvolvimento de dependência[6]. O retorno do paciente ao médico periodicamente é um fator de importância para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica[1,2].

A literatura tem apontado que nos indivíduos cuja queixa é a insônia crônica, recomenda-se orientar o cliente a definir um horário fixo constante e dormir mais tarde, desestimular o consumo de substâncias estimulantes próximo ao horário de dormir, assim como ingerir carnes vermelhas e comidas pesadas durante a noite, evitar ruídos incômodos noturnos, recomendar banho quente e ambiente sereno, não realizar esforços intelectuais notáveis antes de dormir[7]. Quando o medicamento for prescrito, usar dose mínima e eficaz, efetuar tratamentos curtos (período menor de 2 meses) e intermitentes, suspender a medicação assim que os sintomas forem controlados[6].

A orientação médica relacionada ao uso dos BZD é um fator muito importante para minimizar a incidência dos efeitos colaterais, além de propiciar maior autonomia para a percepção do risco e da dependência[5]. Deve ser fortemente enfatizado o poder de dependência da droga, diminuição da atividade motora, prejuízo da memória, tolerância e possível interação com outras drogas depressoras[12].

Outras vezes, muitos pacientes vão ao médico, somente para obter nova prescrição, fonte primária de suprimento pelas pessoas que usam abusivamente esse tipo de droga, momento que o médico generalista e a equipe de saúde possuem papel fundamental na identificação de tais casos[1].

Quando for o caso de uma prescrição nova, esta deve ser feita utilizando racionalidade, pois o uso dessa droga vem sendo propagado por médicos que muitas vezes não têm o conhecimento suficiente de psicofarmacologia e não seguem as recomendações de indicar drogas de meia vida prolongada para transtornos de ansiedade, e curta para a insônia, o que resulta em efeito residual[6,7]. Reflexo disso, é o fato de a maioria das prescrições de BZD (71,2%) serem feitas em unidades primárias de saúde por não especialistas[12].

É importante avaliar qual foi o problema que indicou a prescrição e se já houve a tentativa para o abandono da droga, momento em que se devem avaliar, também, os sinais da síndrome de abstinência[1]. Os transtornos que com maior frequência se associam à dependência são: depressão, ansiedade e transtornos de personalidade[3].

A dependência deve ser amplamente prevenida com uso de dosagens mínimas e por períodos de tratamento o mais curto possível e seleção do paciente evitando prescrever esse tipo de medicamento a paciente propenso a drogadição como adultos com antecedente de alcoolismo[1,6]. Quando instalada, deve determinar-se o grau de dependência de cada paciente identificando casos de maior ou menor gravidade[6]. Segundo Oliveira[3] os principais fatores para severidade, são doses elevadas (três ou mais comprimidos diários), uso prolongado, e BZD de maior potência ou de meia vida maior como o diazepam. Não obstante, também é necessário discernir os sintomas da abstinência do reaparecimento dos sintomas da ansiedade, o que pode ser responsável pelo insucesso na tentativa da interrupção da droga[7].

Quando indicado o abandono do medicamento, isso deve ser feito de forma gradual e cautelosa. Diminuir a dose diária em 10-15% a cada 2 semanas. Recomenda-se também a utilização de drogas que atenuem os sintomas de abstinência como a fluoxetina e os antidepressivos tricíclicos, além dos antipsicóticos e anti-histamínicos[3].

Dentre os principais fatores para a redução do uso desses medicamentos estão a consciência da mudança de estilo de vida e o conhecimento de outras estratégias não farmacológicas que devem ser tentadas antes de iniciar o tratamento com benzodiazepínicos[7]. Uma vez iniciado, entretanto, deve-se fornecer claro aconselhamento da importância de se evitar seu uso prolongado[5].

CONCLUSÃO

Conclui-se que se deve instituir o uso racional de benzodiazepínicos na população idosa, evitando terapêutica prolongada e drogas com principio ativo com meia vida longa. Verifica-se também a necessidade do conhecimento pelo médico em saber identificar tolerância e dependência e como manejar esses pacientes.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Cad Saúde Púb. 2000;16(2):351-62. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200006

2. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(1):24-31. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000100008

3. Olivera VM. Dependencia a benzodiazepinas em un centro de atención primaria de salud: Magnituddel problema y orientaciones para el manejo integral. Rev Chil Neuro-psiquiatr. 2009;47(2):132-7. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200005

4. Galleguillos U Tamara, Risco N Luis, Garay S José Luis, González A Marco, Vogel M. Melina. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes enatención primaria. Rev Méd Chile. 2003;131(5):535-40.

5. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Ciên Saúde Col. 2013;18(4):1131-40.

6. Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. Salud Ment. 2009;32(5):405-11.

7. Fernández García A, González Viña A, Penã Machado MA. Bases científicas para el uso de lasbenzodiazepinas. Rev Cubana Med Gen Integr.2003;19(1).

8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

9. Silva Herrera L, Vergara Fabián E, YeraAlós I, Freijoso E. Utilización de benzodiazepinas en la

Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(3):187-90.
10. Sánchez Ricardo LI, Hernández Gárciga FF. Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos Del Consultorio #12, Policlínico ''Campo Florido''. Rev Cubana Farm. 2010;44(3):346-53.
11. Floriano PJ, Dalgalarrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007;56(3):162-70. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300002
12.Silva VP, Botti NCL, Oliveira VC, Guimarães EAA. Perfil epidemiólogico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. Rev Enferm Centro-Oeste Min. 2015;5(1):1393-1400.

Recebido para publicação em 01/07/2016
Revisado em 10/07/2016
Aceito em 14/07/2016