

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR IDOSOS NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE DE SANTA RITA DO MUNICÍPIO DE CAMPO MAIOR-PI**

**INDISCRIMINATED USE OF BENZODIAZEPINES BY ELDERLY PEOPLE IN THE BASIC HEALTH  
UNIT OF SANTA RITA IN CAMPO MAIOR-PI**

Fabrícia Castelo Branco de Andrade Brito<sup>1</sup>

Danniel Araujo Martins Maia<sup>2</sup>

1-Bacharel em enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI (2008). Pós-Graduação em Urgência e Emergência pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI (2010). Mestre em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí-UFPI

2-Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico na Unidade Básica de Saúde Santa Rita em Campo Maior-PI.

**RESUMO**

Observa-se, ao longo dos anos, um aumento do número de idosos que fazem uso de medicações benzodiazepínicas de forma indiscriminada, evoluindo com efeitos adversos, principalmente a dependência. Assim tem-se como objetivo elaborar um plano de intervenção visando o combate ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos na Unidade Básica de Saúde Santa Rita do município de Campo Maior-PI. Realizou-se levantamento bibliográfico na internet nos bancos de dados de saúde como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) a partir do qual foi elaborado plano de intervenção. Percebe-se um crescimento do número de usuários dessa classe medicamentosa, principalmente em relação aos idosos. Consequentemente, surge a questão do uso indiscriminado, abusivo, da dependência medicamentosa e dos efeitos adversos. Como possíveis responsáveis por essa realidade tem-se a própria automedicação, a contínua prescrição médica sem acompanhamento e a falha na orientação pela equipe de saúde.

**Descritores:** IDOSOS, RECEPTORES BENZODIAZEPÍNICOS, SAÚDE MENTAL

**ABSTRACT**

Over the years, there has been an increase in the number of elderly people who use benzodiazepine medications indiscriminately, evolving with adverse effects, mainly dependence. Thus, the objective is to develop an intervention plan aimed at combating the indiscriminate use of benzodiazepines by the elderly in the Basic Health Unit Santa Rita in Campo Maior-PI. A bibliographic survey was carried out on the internet in health databases such as Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Virtual Health Library of the Ministry of Health (BVSMS) from which an intervention plan was drawn up. There is an increase in the number of users of this medication class, especially in relation to the elderly. Consequently, there is the indiscriminated use, abusive, drug dependence and adverse effects. Possible responsible for this reality are self-medication, continuous medical prescription without follow-up and failure to provide guidance by the health team.

**Descriptors:** ELDERLY, BENZODIAZEPINE RECEPTORS, MENTAL HEALTH

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal, conseqüente à transição demográfica, e caracteriza-se pela maior participação dos grupos etários mais velhos na composição da população. No Brasil, esse processo teve início em meados do século XX, decorrente de um declínio importante da mortalidade geral, seguido da redução dos níveis de fecundidade, que se iniciou ao final dos anos 1960 (VASCONCELOS, GOMES, 2012;). Nesse sentido, a participação dos idosos (60 ou mais anos de idade) na população total brasileira saltou de 6,1% em 1980, para 10,8% em 2011 (IBGE, 2013). Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estima-se em 12,6% o tamanho dessa parcela, correspondendo a mais de 20 milhões de pessoas em 2013 (IBGE, 2013). Essa realidade configura um dos maiores desafios contemporâneos no campo da saúde pública.

De acordo com os dados disponibilizados pelo programa ESUS o município de Campo Maior possui a seguinte distribuição: População Cadastrada = 35.573 usuários; Distribuição de domicílios em zona rural = 4.641; domicílios em zona urbana = 10.798; Total de usuários do Sexo masculino = 16.634; Total de usuários do Sexo Feminino = 18.939. Destes dados observados ainda podemos destacar as seguintes informações: Usuários de 60 anos (população idosa), temos 2.888 do sexo masculino e 3.829 do sexo feminino;

Agora temos os dados disponibilizados pelo programa ESUS específicos do território, Bairro Santa Rita: População cadastrada = 1.698 usuários, sendo 862 do sexo masculino e 836 do sexo feminino; Distribuição e domicílios em zona rural = 219; domicílios em zona urbana = 301. Destes dados observados ainda podemos destacar as seguintes informações do território específico de Santa Rita: Usuários de 60 anos (população idosa), temos 119 do sexo masculino e 120 do sexo feminino;

Entre idosos, é frequente a presença de doenças crônicas acompanhadas de distúrbios psiquiátricos comuns, tais como depressão, distúrbios de ansiedade e alterações do sono, ocasionando aumento de morbidade nesta faixa etária (NOIA et al, 2012, MOUSSAVI et al, 2007). As condições físicas decorrentes de várias das doenças agrupadas como DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) aumentam as chances de alterações psiquiátricas, seja indiretamente, por limitações nas suas atividades diárias e laboral, ou diretamente, conseqüente à autopercepção do declínio da saúde e piora na qualidade de vida.

A medicalização na saúde mental é uma prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos atribuídos pelos próprios usuários, por familiares e por profissionais de saúde. O aumento de prescrições e o possível abuso desses fármacos, com indicações duvidosas e durante períodos que podem prolongar-se indefinidamente, além das repercussões com os gastos envolvidos, são problemas relevantes na saúde mental, dado os riscos que tais medicamentos acarretam a curto e longo prazo (GUERRA et al, 2013, BORGES et al, 2015)

Psicofármacos são medicamentos prescritos a pessoas que sofrem de transtornos mentais e psíquicos, ou aquelas com outros tipos de problemas que afetam o funcionamento do cérebro. Esses medicamentos agem diretamente no sistema nervoso central (SNC), produzindo alterações de pensamento, de emoção, de percepção e de comportamento, e podem levar à dependência em alguns casos (GUERRA et al, 2013)

Diversos estudos evidenciam quão frequente é o uso da poli farmácia (consumo múltiplo e simultâneo de medicamentos) entre idosos. Os medicamentos mais utilizados pelos idosos são aqueles que atuam sobre o sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, cardiotônicos, diuréticos, antiarrítmicos), seguindo-se a eles os medicamentos com atuação no sistema nervoso central, entre

os quais destacam-se os psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos, para mencionar aqueles mais frequentemente usados) (SANTOS et al, 2013; LOYOLA et al, 2014).

O organismo idoso apresenta características fisiológicas próprias dessa época da vida, que alteram de maneira importante a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos, possibilitando o aumento da sensibilidade terapêutica, do risco de ocorrência de efeitos adversos e interação medicamentosa, especialmente levando-se em conta o fato de que o uso concomitante de vários fármacos é comum (ROZENFELD, 2003).

No caso dos psicofármacos, têm sido discutidos os riscos envolvidos no uso desses fármacos pelo idoso, especialmente se prolongado. A literatura tem demonstrado que no idoso usuário de psicofármacos, está aumentado o risco ocorrência de arritmias cardíacas e morte súbita, agitação, desequilíbrio hidroeletrólítico, dependência, diminuição da atividade psicomotora, entre outras complicações que fragilizam ainda mais a saúde do paciente geriátrico (CASTRO et al, 2013;).

Assim, estudos de investigação de prevalência e fatores relacionados ao uso de psicofármacos junto à população idosa contribuem para identificação de riscos à saúde relacionados ao uso desses medicamentos, identificando situações e contextos em que o seu uso carrega potenciais prejuízos à saúde desse grupo populacional. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral elaborar um plano de intervenção visando o combate ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos na Unidade Básica de Saúde Santa Rita do município de Campo Maior-PI. Como objetivos específicos tem-se: Reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos; Esclarecer as indicações e os efeitos adversos dos benzodiazepínicos; Estimular acompanhamento/monitoramento dos idosos na Atenção Básica.

## METODOLOGIA

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA POPULAÇÃO IDOSA	REDUZIR O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS	DIMINUIR O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS/ PRAZO DE 12 MESES	CONSULTAS MÉDICAS BIMESTRAIS COM ADEQUAÇÃO DOS TIPOS E DOSES DAS MEDICAÇÕES E CONSEQUENTE MONITORAMENTO DO PACIENTE	DR DANNIEL (MÉDICO ESF)

DESCONHECIMENTO SOBRE OS EFEITOS COLATERAIS DOS BENZODIAZEPÍNICOS	INFORMAR OS EFEITOS ADVERSOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS	ESCLARECER OS EFEITOS ADVERSOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS/ PRAZO DE 12 MESES	ENTREGA DE CARTILHAS DE INFORMAÇÕES SOBRE O RISCO DE USO INDISCRIMINADO DOS BENZODIAZEPÍNICOS	DR DANNIEL (MÉDICO ESF) ENFERMEIRA MARCÍLIA
POUCO COMPARECIMENTO DE IDOSOS NA UBS	INCENTIVAR PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA UBS	AUMENTAR FREQUÊNCIA DE IDOSOS NA UBS/ PRAZO DE 12 MESES	BUSCA ATIVA DE IDOSOS NAS RESENDÊNCIAS	AGENTES DE SAÚDE

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os benzodiazepínicos (BZDs) constituem os fármacos sedativo-hipnóticos mais largamente utilizados. As substâncias sedativas (ansiolíticos) reduzem a ansiedade e exercem um efeito calmante. Já os hipnóticos produzem sonolência e estimulam o início e manutenção do sono. Os efeitos hipnóticos envolvem uma depressão mais pronunciada do Sistema Nervoso Central (SNC) do que a sedação e estes efeitos são dependentes da dose utilizada do BZD (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014).

A busca por substâncias usadas para induzir o sono, obter sedação e alívio para as tensões cotidianas sempre acompanhou o homem, desde a Antiguidade. Na década de 1950, embora os barbitúricos fossem largamente utilizados para esses fins, os problemas associados com seu uso já eram reconhecidos, como a capacidade de produzir tolerância e causar dependência. Como alternativa, em 1957 foi sintetizado o primeiro BZD, o clordiazepóxido, lançado comercialmente em 1960 (BERNIK; SOARES; SOARES, 1990). A partir daí, com alterações estruturais na molécula original do fármaco, mais de 1000 compostos BZDs chegaram a ser sintetizados, incluindo flurazepam, flunitrazepam, clonazepam e diazepam (LADER, 2011).

Muitos representantes dessa classe terapêutica tiveram grande sucesso de vendas e os BZDs passaram a substituir os ansiolíticos e hipnóticos mais antigos. O diazepam, por exemplo, foi introduzido no mercado em 1963 e tornou-se rapidamente muito popular (WICK, 2013). A prescrição de BZDs atingiu um pico entre 1978 e 1979, com os norte-americanos consumindo 2,3 bilhões de comprimidos de diazepam por ano nesse período (LADER, 2011).

No Brasil, de acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) de 2011, os BZDs lideravam a lista dos cinco psicotrópicos mais consumidos em todos os anos analisados durante o período de 2007 a 2010. Adicionalmente, em 2013, o clonazepam aparecia em nono lugar entre todos os medicamentos mais vendidos do país (BRASIL, 2013 a).

Além do uso predominante para o tratamento da ansiedade e insônia, os fármacos dessa classe também são utilizados clinicamente para relaxamento muscular, melhora de espasticidade causada por patologias do SNC e epilepsia (GRIFFIN III et al, 2013;). Também têm uso aprovado para tratamento da síndrome de abstinência ao álcool e, por suas propriedades amnésicas e ansiolíticas, são úteis como adjuvantes da anestesia em procedimentos cirúrgicos (MICROMEDEX, 2017).

Os BZDs exercem suas ações terapêuticas através da modulação positiva do ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório do cérebro (JANN; KENNEDY; LOPEZ, 2014). O GABA, ao ligar-se no seu receptor do subtipo A (receptor GABA-A) provoca um influxo de cloreto para o interior do neurônio, produzindo hiperpolarização e conseqüente inibição do potencial de ação, processos que caracterizam o seu efeito depressor no SNC. Os BZDs possuem um sítio específico de ligação nos receptores GABA-A diferente do local de ligação do GABA, por isso estes fármacos são chamados de moduladores alostéricos. A ligação do BZD em seu sítio específico no receptor GABA-A provoca uma mudança de afinidade aparente na ligação entre o GABA e seu receptor, aumentando a frequência da abertura do canal de cloreto. Isso explica a ação dos BZD em reforçar o efeito depressor do SNC na presença do GABA (FARZAMPOUR; REIMER; HUGUENARD, 2015; GRIFFIN III et al, 2013).

Os benzodiazepínicos possuem metabolização hepática, e são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, cura, intermediária e longa. Os benzodiazepínicos possuem cinco propriedades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. (NASTASY et al, 2008)

A boa escolha do BZD deve levar em conta qual a principal indicação de cada um deles: ansiolítico, hipnótico ou anticonvulsivante; as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica deles; além de potenciais efeitos colaterais e dependência associados ao seu uso.

Os principais efeitos benéficos dos BZD são: ansiolítico, sedativo/hipnótico e anticonvulsivante, portanto, são utilizados para transtornos ansiosos ou outros transtornos que apresentem sintomas de ansiedade (ex: depressão maior com sintomas de ansiedade). No tratamento da epilepsia, são indicados nas crises agudas (diazepam) ou no tratamento profilático (clobazam). Também são usados na: abstinência alcoólica, agitação psicomotora, tensão muscular (também agem como relaxante de músculo esquelético) e para provocar amnésia anterógrada em procedimentos invasivos. (QUARANTINI et al, 2011; TAN et al, 2011)

Alguns trabalhos apontam que o uso destes fármacos por idosos está relacionado com um risco maior de acidentes, quedas e fraturas devido à maior propensão à sedação excessiva e ao comprometimento psicomotor nessa faixa etária. O uso de BZDs de ação prolongada aumenta em duas vezes o risco de queda, sendo este fato demonstrado não só com o uso regular de BZD de meia vida longa, mas também com o seu uso ocasional (BERDOT et al., 2009; BULAT et al., 2008). Entretanto, uma meta-análise sobre os efeitos adversos de BZDs na população idosa mostrou que dois eventos relevantes para os idosos, queda e confusão mental, foram observados para o tratamento com BZDs de ação curta ou intermediária, mas não foram evidenciados com uso dos fármacos de ação longa (BASILE, 2014).

Bachhuber e cols. (2016) mostraram que mesmo o uso ocasional destes fármacos pode envolver riscos à saúde da população em geral. O número de mortes por overdose de medicamentos controlados nos EUA em 2013 chegou a 22.767 casos, sendo que cerca de 31% deles estavam relacionados aos BZDs. Um dos principais motivos para os episódios fatais é o uso combinado com outros depressores do SNC, principalmente o álcool ou os analgésicos opioides. Estes últimos estão envolvidos em cerca de 75% das mortes por overdose junto com BZDs. A este respeito, entre 1996 e 2013, a mortalidade por overdose envolvendo estes fármacos aumentou em mais de quatro vezes nos EUA (BACHHUBER et al.,2016).

Com o uso prolongado de BZDs, ocorre tolerância ao desenvolvimento de alguns efeitos adversos. A sedação e a perda da capacidade psicomotora diminuem com o uso crônico, porém, o prejuízo à execução de tarefas repetitivas simples persiste por até um ano com o uso continuado de BZDs. Igualmente, em testes de atenção, o prejuízo demonstrado mantém-se entre os usuários crônicos, mesmo após longos períodos de uso do medicamento (LADER, 2011). A utilização

prolongada de BZDs está associada com risco de dependência ao medicamento e com perda de eficácia devido ao desenvolvimento de tolerância (KURKO et al., 2015).

Em resposta aos riscos associados ao uso de BZDs, diversas diretrizes e consensos não recomendam a sua utilização para tratamentos prolongados, especialmente entre os indivíduos idosos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013; OLFSON; KING; SCHOENBAUM, 2015).

A dependência a substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas geram situações com prejuízos sociais e econômicos importantes para o indivíduo como faltas ou fraco desempenho no trabalho; faltas, suspensões ou expulsões da escola ou negligência dos filhos e afazeres domésticos. Observam-se também contato limitado com a família ou com os amigos, a esquiva do trabalho ou da escola, a interrupção de passatempos, da prática de esportes ou jogos e o uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ao conduzir automóveis ou ao operar máquinas apesar de capacidade comprometida pelo uso de tais substâncias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A retirada dos benzodiazepínicos é mais efetiva se retirada de forma gradual, com menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso. Gastando em torno de 6 a 8 semanas. O acompanhamento ambulatorial possibilita engajamento do paciente e possibilita mudanças farmacológicas e psicológicas. O suporte psicológico deve ser oferecido mesmo após a retirada ou redução da dose da medicação. As formas mais eficazes são oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade e psicoterapia (NASTASY et. al, 2008)

## CONCLUSÃO

Por meio da análise crítica de diversos artigos apresentados no decorrer do trabalho percebe-se um crescimento do número de usuários dessa classe medicamentosa, principalmente em relação aos idosos. Conseqüentemente, surge a questão do uso de indiscriminado, abusivo, da dependência medicamentosa e dos efeitos adversos. Como possíveis responsáveis por essa realidade tem-se a própria automedicação, a contínua prescrição médica sem acompanhamento e a falha na orientação pela equipe de saúde.

Percebe-se a importância da orientação e do acompanhamento adequado, além das campanhas educativas que reforçam a necessidade de ampliação da percepção de risco pessoal entre os pacientes que fazem uso prolongado de benzodiazepínicos.

Posteriormente, sugere-se maior instrução dos profissionais da equipe de saúde, além da educação continuada da equipe médica e de enfermagem. Essas atitudes poderiam melhorar a qualidade da prescrição medicamentosa, do acompanhamento clínico, da prestação de serviços, da qualidade de vida dos pacientes e da obtenção de êxito terapêutico.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª edição. DSM-V-TR. Porto Alegre: Artmed; 2013.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Abuso e dependência de benzodiazepínicos**, 2013. Disponível em: [http://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf). Acesso em 28 jan. 2020.

BACHHUBER, M.A. et al. Increasing benzodiazepine prescriptions and overdose mortality in the United States, 1996– 2013. **American Public Health Association**, v. 106, n. 4, 2016.

BASILE, R.P. **Uma revisão sistemática e meta-análise sobre os eventos adversos decorrentes do uso de benzodiazepínicos por idosos.** 2014. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2014.

BERDOT, S. et al. Inappropriate medication use and risk of falls– a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. **BioMed Central Geriatrics**, v. 9, n. 1, p. 30, 2009.

BERNIK, M.A.; SOARES, M.B.; SOARES, C.N. Benzodiazepinics: patterns of use, tolerance and dependence. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 48, n. 1, p. 131-137, 1990.

BULAT, T. et al. Clinical practice algorithms: Medication management to reduce fall risk in the elderly—Part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents, and antidepressants. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 20, n. 2, p. 55-62, 2008.

CASTRO, G.L.G et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência , farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 112-123, 2013.

FARZAMPOUR, Z.; REIMER, R.J.; HUGUENARD, J. Endozepines. **Diversity and functions of GABA receptors: A Tribute to Hanns Möhler**, Part A, p.147-164, 2015.

GRIFFIN III, C.E. et al. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system–mediated effects. **The Ochsner Journal**, v. 13, n. 2, p. 214-223, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA (IBGE), 2013. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/default.aspx?op=busca>. Acessado em 15 de novembro de 2019.

JANN, M.; KENNEDY, W.K; LOPEZ, G. Benzodiazepines: a major component in unintentional prescription drug overdoses with opioid analgesics. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 27, n. 1, p. 5-16, 2014.

KATZUNG, B.G.; MASTERS, S.B.; TREVOR, A.J. **Farmacologia básica e clínica.** 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

KURKO, T.A.T. et al. Long-term use of benzodiazepines: definitions, prevalence and usage patterns– a systematic review of register-based studies. **European Psychiatry**, v. 30, n. 8, p. 1037-1047, 2015.

LADER, M. Benzodiazepines revisited—will we ever learn? **Addiction**, v. 106, n. 12, p. 2086-2109, 2011.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Trends in the use of antidepressants among older adults: Bambuí Project. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 857-865, 2014.

MICROMEDEX, Thomson. Micromedex® Healthcare Series. **DRUGDEX Evaluations**, 2017. Disponível em: <http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian>. Acesso em: 21 janeiro 2020.

MOUSSAVI, S. et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Survey. **The Lancet** p. 851-858, 2007

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, p. 38-43, 2012.

OLFSON, M.; KING, M.; SCHOENBAUM, M. Benzodiazepine use in the United States. **Journal of the American Medical Association Psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 136-142, 2015.

QUARANTINI LC, NOGUEIRA LB, ROCHA M, NETTO LR, DE SENA EP. Ansiolíticos Benzodiazepínicos. **Psicofarmacologia Clínica**; 3 ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2011, pp. 261- 272.

SANTOS, T.R.A. et al. Consumo de medicamentos por idoso. **Rev Saúde Pública**, v.47, n. 1, p. 94-103, 2013.

TAN KR, RUDOLPH U, LUSCHER C. Hooked on benzodiazepines: GABA A receptor subtypes and addiction. **Trends Neurosc**, v. 34, n. 4, p.188-197, 2011.

VASCONCELOS, A.N.M.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WICK, J.Y.The history of benzodiazepines.**The Consultant Pharmacist**, v. 28, n. 9, p.538-548, 2013.

---