https://doi.org/10.65027/2447-3405.2026.1127

ANÁLISE DA DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS AO USO, À PRESCRIÇÃO E À ABSTINÊNCIA: ESTUDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE GOIÂNIA-GOIÁS-BRASIL 2021-2022

ANALYSIS OF BENZODIAZEPINE DEPENDENCE AMONG PRIMARY HEALTH CARE USERS AND FACTORS ASSOCIATED WITH USE, PRESCRIPTION, AND WITHDRAWAL: A STUDY IN A FAMILY HEALTH UNIT IN GOIÂNIA-GOIÁS- BRAZIL 2021-2022

Alana Parreira Costa **Rezende**[1]; Thaís Rocha **Assis**[2]; Fabiana Ribeiro **Santana**[3]; Alba Valéria Sales **Fortes**[4]; Claudio Morais **Siqueira**[5]

1 Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional/ Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Goiás - Brasil. Contato: alana.parreirarezende@gmail.com
2 Docente, Doutora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva PPGSC/IPTSP da Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional/ Universidade Federal de Goiás - Goiânia – Goiás - Brasil
3 Docente, Doutora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva PPGSC/IPTSP da Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional/ Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Goiás - Brasil
4 Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional/ Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Goiás - Brasil
5 Docente, Doutor do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pós-Graduação Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional/ Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Goiás - Brasil

RESUMO

Introdução: Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas que atuam nos receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA-A), seu uso prolongado pode provocar déficits cognitivos, alterações motoras, sedação excessiva e dependência. Sendo o medicamento de uso controlado entre os mais vendidos no Brasil e a maioria das prescrições realizada pela atenção primária à saúde (APS). **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos (BZD) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e analisar a associação entre características sociodemográficas e condições de saúde com o nível de dependência. **Metodologia**: Estudo observacional analítico do tipo transversal com 25 usuários de BZD, realizado entre abril de 2021 a novembro de 2022, usando um questionário sociodemográfico e o questionário *BENDEP-SRQ*. Foram estudadas as variáveis: medicamento consumido, sexo, estado civil, escolaridade, idade, renda, autopercepção de saúde e grau de dependência do benzodiazepínico. **Resultados:** Foram entrevistados majoritariamente mulheres (76%) com idade média de 59,72 anos (DP ±11,46), que faziam uso do benzodiazepínico em média por 16,75 anos (DP ±12,80), sendo o clonazepam o medicamento mais usado. A maioria dos entrevistados, 22 (88%), afirmou ter dificuldade para dormir. Na análise de regressão linear múltipla, os modelos explicaram 79% da variabilidade do uso problemático (r^2 ajustado = 0,79), 34% da preocupação com o uso (r^2 ajustado = 0,34), 41 % da falta de obediência às regras de prescrição (r^2 ajustado = 0,41) e 83% da abstinência (r^2 ajustado = 0,83). Entre os fatores associados, destacam-se a dificuldade para dormir e o uso de clonazepam para o uso problemático, e a faixa etária de 60 a 80 anos, a renda familiar de um a três salários-mínimos e a não prática de atividade física para a abstinência. Dada a amostra de conveniência (n=25), esses resultados têm caráter exploratório. **Conclusões:** A amostra evidenciou uma população idosa com perfil de dependência de baixa dose, associada a longos anos de uso. A dependência de BZD tem implicações significativas para a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Este estudo expõe a carência de políticas públicas para a prescrição adequada e o uso racional.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Receptores de GABA-A; Uso de medicamentos; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Síndrome de abstinência a substâncias.

ABSTRACT

Introduction: Benzodiazepines (BZDs) act on gamma-aminobutyric acid type A (GABA-A) receptors, and prolonged use can cause cognitive deficits, motor impairment, excessive sedation, and dependence. They are among the best-selling controlled medications in Brazil, and most prescriptions are issued in primary health care (PHC). **Objective:** To describe the epidemiological profile of BZD users at a Family Health Unit (FHU) and to analyze the association of sociodemographic characteristics and health conditions with the level of dependence. **Methodology:** This analytical, cross-sectional observational study included 25 BZD users and was conducted between April 2021 and November 2022, using a sociodemographic questionnaire and the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (BENDEP-SRQ). The variables studied were medication used, sex, marital status, education, age, income, self-perceived health, and degree of benzodiazepine dependence. **Results**: Participants were mostly women (76%), with a mean age of 59.72 years (SD 11.46) and a mean duration of BZD use of 16.75 years (SD 12.80); clonazepam was the most commonly used drug. Most participants (22; 88%) reported difficulty sleeping. In the multiple linear regression analysis, the models explained 79% of the variability in problematic use (adjusted $r^2 = 0.79$), 34% of concern about use (adjusted $r^2 = 0.34$), 41% of non-compliance with prescription rules (adjusted $r^2 = 0.41$), and 83% of abstinence (adjusted $r^2 = 0.83$). Among the associated factors, difficulty sleeping and clonazepam use stand out for problematic use, and the age range of 60 to 80 years, family income of one to three minimum wages, and lack of physical activity for abstinence. Given the convenience sample (n=25), these results are exploratory in nature. **Conclusions:** The sample was predominantly older and showed a low-dose dependence profile associated with many years of use. BZD dependence has significant implications for individuals' health and well-being. This study highlights the lack of public policies to ensure appropriate prescribing and rational use.

KEYWORDS: Primary Health Care; GABA-A Receptors; Drug utilization; Substance related disordesrs; Substance withdrawal syndrome.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas com efeitos anticonvulsivante, relaxante muscular, sedativo-hipnótico e ansiolítico desenvolvidos nos Estados Unidos em 1957 e que começaram a ser utilizados na década de 1960. Atuam nos receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA-A), ator proeminente na inibição neural, sendo considerados moduladores alostéricos positivos que afetam a abertura do canal de receptores GABA-A. A maior parte dos receptores GABA-A são encontrados em tecidos neurais, mas podem ser encontrados também em outros órgãos[1-3].

O uso prolongado de benzodiazepínicos, mesmo em baixas dosagens, é fator de risco para o desenvolvimento de efeitos adversos como sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes e aumento na frequência de quedas[4-6]. Além disso, pode provocar déficits cognitivos, alterações motoras, sedação excessiva e dependência[7-9].

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a dependência de benzodiazepínicos é caracterizada por um conjunto de critérios cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que um indivíduo continua usando a substância apesar de problemas significativos relacionados a ela[10]. É diagnosticado como dependência se três ou mais dos seguintes critérios foram atendidos no ano anterior: um forte desejo ou compulsão para tomar a droga, dificuldades em controlar o uso de drogas, sintomas de abstinência, evidência de tolerância, negligência de prazeres alternativos ou interesses e uso persistente de drogas apesar das consequências prejudiciais[10].

A última edição do DSM (DSM-5) abandonou a distinção categórica entre abuso e dependência em favor de uma abordagem

dimensional, especificando 11 critérios para transtornos por uso de substâncias, que variam de leves (em pacientes que atendem a 2 ou 3 critérios) a graves (em pacientes que atendem a 6 ou mais critérios)[10].

No Brasil, esta classe de medicamentos está entre os de uso controlado mais vendido[11], e a maioria das prescrições de benzodiazepínicos é realizada pela atenção primária à saúde (APS). Os médicos relatam ter pouco tempo para consultas e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas no tratamento da insônia e ansiedade, que são os principais motivos do consumo[12-14].

Os profissionais prescritores da APS também relatam que dificilmente iniciam novos tratamentos e que dão continuidade a prescrições anteriores, seja por pressão dos usuários, pela fragmentação do trabalho, ou pela falta de comunicação e colaboração interprofissional[15,16].

Os benzodiazepínicos devem ser evitados tanto quanto possível em pacientes idosos[17], sendo importante discutir com os pacientes e seus cuidadores sobre os riscos do seu uso prolongado, a diminuição de seu efeito ao longo do tempo, os possíveis sintomas de abstinência e sobre técnicas de desprescrição[18,19].

Em um dos cenários de estágios do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás na APS do município de Goiânia, foi apresentada a situação do uso elevado e indiscriminado destes medicamentos entre os usuários, sendo solicitado o apoio da universidade no processo de análise do perfil epidemiológico dessa população, da prescrição e da desprescrição dos benzodiazepínicos.

Dessa forma, o presente estudo teve por objetivos, a partir dessa demanda do serviço, descrever o perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos (BZD) de uma Unidade de Saúde da Família e analisar a associação entre as características sociodemográficas, às condições de saúde e ao nível de dependência de BZD.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo observacional analítico do tipo transversal que seguiu as recomendações da *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para a comunicação de estudos observacionais. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o CAAE nº 48201221.7.0000.5083 e números dos pareceres: 4.903.605 e 5.394.811. Cumpriu as diretrizes e normas regulamentadoras conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e assegurou aos participantes o sigilo e confidencialidade dos dados de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) de um município da região Centro-Oeste, entre abril de 2021 e novembro de 2022. Foi selecionada essa unidade por ser campo de prática de estágios curriculares de um curso de medicina e os pesquisadores estarem vinculados a ela.

Utilizou-se uma amostra de conveniência não probabilística para seleção dos participantes, sendo incluídos no estudo todos os usuários dessa unidade maiores de 18 anos, com histórico de uso de benzodiazepínicos registrado em prontuário e que receberam prescrição desse medicamento até o último mês da coleta dos dados.

Foram excluídos usuários que faziam uso do medicamento há menos de oito semanas, aqueles sem registro de contato no sistema, usuários que mudaram de endereço, que faleceram, usuários que não apresentavam condições cognitivas para responder a entrevista e aqueles que não atenderam às tentativas de contato telefônico.

Inicialmente, realizou-se um levantamento, em todos os prontuários físicos arquivados na USF, dos pacientes que haviam recebido prescrição de benzodiazepínicos. A partir de fevereiro de 2022, com a mudança de hospedagem de todos os prontuários do sistema de saúde do município para um *software* eletrônico, os prontuários passaram a ser eletrônicos e buscados nesse sistema.

Foi realizado, também, o levantamento dos usuários de benzodiazepínicos pelo receituário de notificação de prescrição de substância controlada (Portaria 344/1998) que continha a data da prescrição e o nome do paciente. Com essas informações,

buscou-se os dados de contato do usuário no prontuário.

Foram extraídos dos prontuários físicos e dos prontuários eletrônicos nome, idade, benzodiazepínico em uso, endereço e telefone para contato. Esses dados foram transcritos para uma planilha de Excel, com as iniciais codificadas para garantir a anonimização do usuário, com acesso restrito aos pesquisadores.

Realizou-se o contato telefônico com os usuários para convidá-los para uma entrevista com as pesquisadoras na unidade de saúde. As ligações telefônicas para contato foram realizadas no mínimo por três tentativas, em três horários diferentes, com a intenção de ter o contato efetivado. Na ligação era explicado ao usuário que a entrevista era para um estudo da Universidade Federal de Goiás, que ele tinha resguardado o direito de decidir se gostaria de participar ou não e caso não quisesse participar isso não iria interferir no seu tratamento na unidade de saúde.

A entrevista foi iniciada com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); após o aceite em participar da pesquisa foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e de condição de saúde, elaborado para esta pesquisa, e o *Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire* (BENDEP-SRQ).

O "Questionário sociodemográfico e de condição de saúde" foi elaborado coletivamente pelos pesquisadores e trabalhadores das equipes da USF, e a validação do conteúdo do instrumento foi realizada por dois professores e pesquisadores especialistas em Epidemiologia e Saúde Pública. O instrumento possui duas partes: perfil sociodemográfico dos usuários e perfil de condição de saúde, que abordam as variáveis independentes do estudo.

A variável dependente ou de desfecho foi o nível de dependência do BZD, avaliado como uso problemático, preocupação com o uso, falta de obediência às regras de prescrição e abstinência. As variáveis independentes analisadas na primeira parte desse instrumento foram as condições sociodemográficas: idade, sexo, atividade laboral, estado civil, escolaridade, renda familiar e raça/cor. Enquanto a segunda parte do questionário analisou as variáveis independentes relacionadas às condições de saúde: autopercepção do estado de saúde, dificuldade para dormir, diagnóstico médico de transtorno mental, presença de comorbidades ou doenças crônicas, número de medicamentos em uso, qual benzodiazepínico fazia uso, qual especialidade médica havia prescrito o benzodiazepínico pela primeira vez, se possuía receita médica atual do benzodiazepínico em uso, se conhecia os efeitos adversos do medicamento e se já havia apresentado algum efeito adverso, se já havia tentado parar de usar o benzodiazepínico e se praticava algum exercício físico.

Logo em seguida, o usuário foi instruído sobre como responder ao *Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire* (BENDEP-SRQ), que foi desenvolvido pelo departamento de psiquiatria da Universidade de Nijmegen, na Holanda, em 1999[20]. Este questionário avalia a variável de desfecho de nível de percepção do usuário quanto à sua dependência de benzodiazepínico, considera aspectos como tolerância, sintomas de abstinência, desconforto psicológico em ficar sem o medicamento ou eventos negativos relacionados ao consumo. Em 2020, o questionário foi validado para o português. No estudo de validação, foram obtidas evidências da estrutura multielementar e da efetividade do BENDEP-SRQ *Portuguese Version* para quantificar o nível de dependência dos usuários crônicos brasileiros de benzodiazepínicos, com boas propriedades psicométricas[21].

O BENDEP-SRQ é constituído por 20 perguntas divididas em duas partes, com opção de resposta por escala tipo Likert. A primeira parte compreende as perguntas de 1 a 15, contendo as seguintes opções de respostas: isto é absolutamente falso pra mim; isto é falso para mim; isto é parcialmente verdadeiro e parcialmente falso pra mim; isto é verdadeiro pra mim e isto é absolutamente verdadeiro pra mim[22].

A segunda parte do instrumento compreende as perguntas de 16 a 20 e avalia o grau de ambiguidade/ambivalência com abstinência experimentada durante a retirada espontânea da medicação, sendo respondida somente por aqueles usuários que já tentaram reduzir a dose ou suspender o uso. As opções de resposta são: nada ou quase nada prejudicado; um pouco prejudicado; mais ou menos prejudicado; muito prejudicado; extremamente prejudicado[22].

As respostas são distribuídas entre os seguintes domínios: "uso problemático","preocupação com o uso", "falta de obediência às regras de prescrição" e "abstinência"[22], com pontuação variando de 0 a 5 pontos. O domínio "uso problemático" analisa o grau de consciência do uso problemático do benzodiazepínico, sendo 0 = muito baixo, 1 = moderado, 2 = alto, 3, 4 e 5 = muito

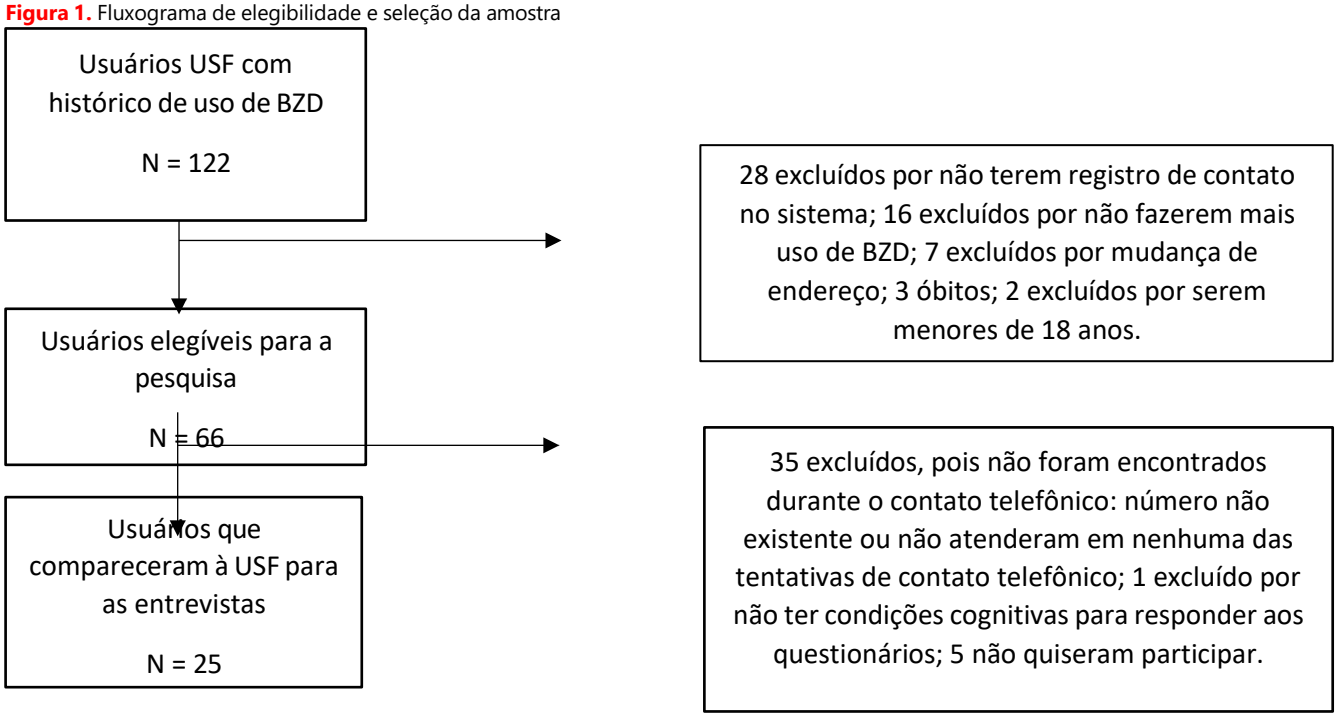
alto. O domínio "preocupação com o uso" analisa o grau de preocupação/obsessão com relação à disponibilidade do benzodiazepínico, sendo 0 = muito baixo, 1 = baixo, 2 = moderado, 3 = alto, 4 e 5 = muito alto. O domínio "falta de obediência às regras de prescrição" analisa o grau de falta de conformidade com o regime terapêutico de benzodiazepínico, sendo 0 = baixo, 1 = alto, 2, 3, 4 e 5 = muito alto. O domínio "abstinência" analisa o grau de ambiguidade/ambivalência com abstinência experimentada durante a retirada espontânea, sendo 0 = muito baixo, 1 = baixo, 2 = moderado, 3 e 4 = alto e 5 = muito alto.

Para a análise estatística, foi realizada a caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e da avaliação da dependência, que foram descritas utilizando-se de frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. A parametricidade dos dados foi analisada com o teste Q-Q plot normalizado e o histograma de resíduos padronizados, conforme o método proposto por Chambers[23]. Seguiu-se com uma análise exploratória, na qual os escores de dependência foram comparados com o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos participantes. Foi utilizado o teste *t* de *Student* para comparações bivariadas e a Análise de Variância (ANOVA) para múltiplas comparações entre grupo. Com base nos resultados univariados, procedeu-se à análise de Regressão Linear Múltipla para explorar as relações entre os escores de dependência e as variáveis sociodemográficas e de saúde. O método de seleção *backward* foi adotado para identificar as variáveis preditoras significativas. Neste método, todas as variáveis foram inicialmente incluídas no modelo. Variáveis com valor de *p* superior a 0,05 foram progressivamente excluídas, assegurando que apenas as variáveis com significância estatística ($p < 0,05$) fossem mantidas no modelo final. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science - SPSS*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Cabe ressaltar que, considerando o tamanho da amostra (n =25) e o número de variáveis preditoras testadas nos modelos de regressão (10 preditores), há risco inerente de sobre ajuste estatístico (*overfitting*), o que pode levar à superestimação da capacidade explicativa dos modelos (r^2 ajustado) e à instabilidade dos coeficientes estimados. Diante disso, os resultados da análise multivariada devem ser compreendidos em escopo estritamente exploratório, gerando hipóteses sobre fatores associados aos domínios do BENDEP-SRQ, e não relações de causa e efeito, as quais deverão ser confirmadas em estudos futuros com amostras de maior dimensão.

Foram levantados 122 prontuários de usuários de benzodiazepínicos até junho de 2022. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão conforme apresentado na **Figura 1**, 25 usuários compareceram à USF para a realização da entrevista.

Figura 1. Fluxograma de elegibilidade e seleção da amostra



Fonte: elaborado pelos autores.

RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra entrevistada de 25 usuários foi composta por 19 (76%) mulheres e seis (24%) homens com idade média de 59,72 anos (DP ±11,46) fazendo uso de benzodiazepínicos por 16,75 anos (DP ±12,80) anos em média. A maioria dos indivíduos se autodeclarou como pardo 14 (56%), 20 (80%) indivíduos não estavam trabalhando sendo que 10 estavam aposentados, quatro do lar, dois recebiam auxílio-doença, um desempregado e três não souberam definir. Entre os que trabalhavam, as profissões relatadas foram: motorista, fisioterapeuta, agente de endemias, costureira e merendeira.

Sobre o estado civil, 13 (52%) eram casados, 15 (60%) tinham o primeiro grau incompleto e um (4%) possuía curso superior completo.

A renda familiar da maioria, 13 (52%), variava de um a três salários-mínimos; um (4%) declarou não ter nenhuma renda, e 12 (48%) declararam que outras pessoas da casa contribuem com a maior renda.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados.

	n	%
Faixa etária		
30 a 59 anos	9	36,0
60 a 80 anos	16	64,0
Sexo		
Feminino	19	76,0
Masculino	6	24,0
Trabalha		
Não	20	80,0
Sim	5	20,0
Profissão		
Fisioterapeuta	1	4,0
Agente de Endemias	1	4,0
Profissional autônomo	3	12,0
Estado civil		
Casado	13	52,0
Divorciado	5	20,0
Solteiro	3	12,0
Viúvo	4	16,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	5	20,0
Ensino Fundamental incompleto	15	60,0
Ensino Médio completo	3	12,0
Ensino Superior completo	1	4,0
Ensino Superior incompleto	1	4,0
Renda familiar		
< 1 salário-mínimo	9	36,0
1 a 3 salários-mínimos	13	52,0
4 a 6 salários-mínimos	3	12,0
Cor/raça		
Branco	8	32,0
Preto	3	12,0
Pardo	14	56,0

Fonte: elaborado pelos autores.
Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência relativa.

Quando questionados sobre a condição de saúde (Tabela 2), 12 (48%) afirmaram ter regular estado de saúde, enquanto sete (28%) declararam ter um estado de saúde ruim. A maioria dos entrevistados, 22 (88%), afirmou ter dificuldade para dormir, sendo o Clonazepam o medicamento mais usado, prescrito para 18 (72%) indivíduos, seguido pelo Alprazolam para quatro (16%) indivíduos, Clobazam para dois (8%) e Lorazepam para um (4%) indivíduo. A média de idade em que os entrevistados tomaram o benzodiazepínico pela primeira vez foi de 42,83 anos (DP ±15,19).

Dezenove (76%) pacientes relataram apresentar pelo menos um diagnóstico médico de transtorno mental, sendo listados depressão, depressão pós-parto, epilepsia, ansiedade, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, síndrome do pânico, disritmia cerebral e insônia. Desses usuários, 17 (68%) tinham histórico familiar de transtorno mental.

A maior parte dos entrevistados, 22 (88%), era sedentária e as comorbidades estavam presentes em 17 (68%) indivíduos, sendo que hipertensão (52%), diabetes (28%) e doenças mioarticulares (28%) foram as doenças mais encontradas.

Todos os indivíduos eram acompanhados pelo médico da unidade básica de saúde. Quando questionados sobre qual profissional de saúde havia prescrito a medicação pela primeira vez, 11 (44%) afirmaram ter sido o psiquiatra, cinco (20%) clínico geral, dois (8%) médico da família, três (12%) neurologista, três (12%) cardiologista e um (4%) iniciou o uso pela indicação de um farmacêutico. A maioria, 24 (96%), possuía receita atual para adquirir a medicação.

O grupo entrevistado, em sua maioria, 15 (60%), disse não conhecer os efeitos dos benzodiazepínicos; porém, quando foram listados os seguintes efeitos: diminuição ou perda de coordenação para realizar movimentos, confusão na cabeça, perda e prejuízo de memória, alteração do comportamento, precisar de doses cada vez mais altas para alcançar o mesmo efeito (tolerância), dependência, interação com o álcool, tendo mais chance para a depressão, depressão e alteração do humor, 19 (76%) indivíduos afirmaram já ter experimentado algum desses.

Foi questionado se alguma vez o indivíduo tentou reduzir a dose ou suspender o uso da medicação. A maioria, 14 (56%), afirmou que já havia tentado parar; porém, voltou a usar a mesma medicação.

Na amostra abordada, sete (28%) indivíduos relataram que o médico assistente, em algum momento, já havia sugerido suspender o uso do benzodiazepínico, e desses indivíduos, três (12%) não tentaram parar o uso e quatro (16%) chegaram a suspender, mas tiveram que retomar o uso devido a sintomas de abstinência, como insônia, ansiedade, angústia e medo. A maioria dos entrevistados, 20 (80%), afirmou ter medo de que surjam problemas caso parem de tomar a medicação.

Tabela 2. Caracterização das condições de saúde

	n	%
Avaliação do estado de saúde		
Bom	5	20,0
Muito ruim	1	4,0
Regular	12	48,0
Ruim	7	28,0
Condições de saúde		
Dificuldade para dormir	22	88,0
Diagnóstico de transtorno mental	19	76,0
Depressão	10	40,0
Ansiedade	8	32,0
Transtorno Bipolar	3	12,0
HAS	13	52,0
DM	7	28,0
Obesidade	1	4,0
Doenças mioarticulares	7	28,0
Polifarmácia (usam quatro ou mais medicamentos)	13	52,0
Possui receita médica atual de BZD	24	96,0
Conhece por quanto tempo foi indicado o uso do BZD	4	16,0
Conhece os efeitos do BZD	10	40,0
Apresentou alguns desses efeitos	19	76,0
Tentou parar ou reduzir o uso de BZD	14	56,0
Voltou a usar BZD	14	56,0
Suspensão sugerida pelo médico que acompanha	7	28,0

Medo de surgirem problemas se parar o uso de BZD	20	80,0
Medo de Insônia	7	28,0
Medo de Depressão	2	8,0
Medo de Ansiedade	2	8,0
Outros medos	15	60,0
Participou de grupo de saúde mental/educação em saúde	11	44,0
Gostaria de participar de grupo terapêutico na unidade	19	76,0
Prática exercício físico	3	12,0
Qual BZD		
Alprazolam	4	16,0
Clobazam	2	8,0
Clonazepam	18	72,0
Lorazepam	1	4,0
Tempo que usa BZD		
< 10 anos	7	28,0
10 a 19 anos	10	40,0
20 ou mais	8	32,0
Médico que prescreveu o BZD		
Clínico geral	5	20,0
Médico de família	2	8,0
Neurologista	3	12,0
Psiquiatra	11	44,0
Outros	4	16,0

Fonte: elaborado pelos autores.
Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência relativa.

A avaliação de dependência do benzodiazepínico por meio do *Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire* (BENDEP-SRQ), conforme apresentado na Tabela 3**,** mostrou que 44% dos entrevistados têm uso problemático muito alto, 32% mostraram alta preocupação quanto ao uso da medicação e a maioria dos entrevistados fazia uso obedecendo à prescrição. A falta de obediência foi baixa para 10 (40%) dos entrevistados e muito alto para nove (36%). A pontuação de cada domínio varia de 0 a 5, sendo que quanto mais próximo de 5 mais problemático o uso do benzodiazepínico. No domínio "uso problemático" a amostra apresentou um score de 2,33 (± 1,26) pontos, no domínio "preocupação com o uso atingiu 2,78 (± 1,33) pontos, no domínio "falta de obediência às regras de prescrição" pontuou 1,11 (± 1,24) mostrando baixa falta de obediência e no domínio abstinência um score de 2,39 (± 1,69) pontos.

Tabela 3. Nível de dependência dos usuários entrevistados segundo o questionário de dependência do uso de benzodiazepínicos, BENDEP-SRQ.

Questões avaliadas	**n**	**%**
Uso problemático (grau de consciência do uso problemático)		
Muito baixo	2	8,00
Moderado	6	24,00
Alto	6	24,00
Muito alto	11	44,00
Preocupação com o uso (grau de preocupação/obsessão com relação à disponibilidade de BZD)		
Muito baixo	1	4,00
Baixo	2	8,00
Moderado	7	28,00
Alto	8	32,00
Muito alto	7	28,00
Falta de obediência às regras de prescrição (grau de falta e conformidade com o regime terapêutico de BZD)		

Baixo	10	40,00
Alto	6	24,00
Muito alto	9	36,00
Abstinência (grau de ambiguidade/ambivalência com abstinência experimentada durante retirada espontânea)		
Muito baixo	7	28,00
Baixo	1	4,00
Moderado	2	8,00
Alto	10	40,00
Muito alto	1	4,00
NA	11	44,00

Fonte: elaborado pelos autores.
Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência relativa. NA – Usuários entrevistados que nunca tentaram parar ou reduzir o uso de BZD.

A análise de regressão linear múltipla foi aplicada para investigar as relações entre os escores de dependência e as variáveis sociodemográficas e de saúde, sendo adotado o método de seleção *backward* para identificar quais eram as variáveis preditoras significativas (Tabela 4).

Ao interpretar os resultados, é importante considerar que, quanto mais próximo de 1 estiver o r^2, melhor é o ajuste da regressão linear aos dados.

A Tabela 4 apresenta os resultados da regressão linear múltipla (método *backward*) para cada domínio do BENDEP-SRQ. Os coeficientes *B* expressam a variação esperada no escore do domínio (escala de 0 a 5) para cada categoria da variável preditora em relação à sua categoria de referência.

O r^2 ajustado reportado em cada bloco refere-se à capacidade de explicação do modelo completo, e não de variáveis isoladas. O modelo do domínio uso problemático explicou 79% da variabilidade do escore (r^2 ajustado = 0,79), sendo ser viúvo, ter ensino fundamental incompleto, não praticar atividade física, ter autopercepção de saúde ruim, dificuldade para dormir, depressão e usar Clonazepam os fatores associados mantidos no modelo final.

O modelo da preocupação com o uso explicou 34% da variabilidade (r^2 ajustado = 0,34), com não trabalhar, não ter diagnóstico de transtorno mental e usar Clonazepam como fatores associados. O modelo da falta de obediência às regras de prescrição explicou 41% (r^2 ajustado = 0,41), associado à dificuldade para dormir, à ausência de diagnóstico de transtorno mental e ao transtorno bipolar.

O modelo da abstinência, respondido apenas pelos 14 usuários que já haviam tentado reduzir ou suspender o uso, explicou 83% da variabilidade (r^2 ajustado = 0,83), com faixa etária de 60 a 80 anos, renda familiar de um a três salários-mínimos, não praticar exercício físico e transtorno bipolar entre os fatores associados. Considerando a amostra de conveniência (n = 25) e o número de preditores testados, esses resultados devem ser interpretados de forma exploratória, como hipóteses a serem confirmadas em estudos com amostras maiores, sem inferência causal.

Tabela 4. Resultado da análise de regressão linear múltipla dos escores de dependência com as variáveis exploratórias do perfil sociodemográfico e condições de saúde.

	r^2	*B*	Erro padrão	*t*	*p*
Uso problemático					
stado civil: viúvo		0,67	0,14	4,82	<0,001
Escolaridade: Ensino fundamental incompleto	0,79	0,74	0,21	3,57	0,003
Prática exercício físico: Não		0,75	0,41	1,85	0,048
Avaliação do estado de saúde: Ruim		0,26	0,12	2,11	0,043
Dificuldade para dormir: Sim		2,85	0,58	4,92	<0,001
Diagnóstico de transtorno mental: Não		1,30	0,39	3,29	0,005

Depressão: Sim		1,34	0,30	4,42	0,001
Ansiedade: Não		1,49	0,34	4,42	0,001
Transtorno Bipolar: Não		2,46	0,56	4,38	0,001
Qual BZD: Clonazepam		0,59	0,18	3,20	0,006
Preocupação com o uso					
Trabalho: Não	0,34	1,66	0,70	2,38	0,028
Diagnóstico de transtorno mental: Não		1,30	0,64	2,04	0,045
Depressão: Sim		1,11	0,63	1,75	0,095
Qual BZD: Clonazepam		0,71	0,32	2,23	0,037
Falta de obediência às regras de prescrição					
Cor/raça: Pardo	0,41	0,49	0,26	1,90	0,071
Dificuldade para dormir: Sim		1,95	0,92	2,12	0,047
Diagnóstico de transtorno mental: Não		1,68	0,57	2,95	0,008
Transtorno Bipolar: Sim		2,25	0,94	2,39	0,027
Abstinência					
Faixa etária: 60 a 80 anos		2,537	0,466	5,447	<0,001
Renda familiar: 1 a 3 salários-mínimos		2,534	0,414	6,127	<0,001
Prática exercício físico: Não		2,488	0,780	3,189	0,010
Dificuldade para dormir: Não	0,83	7,620	1,026	7,426	<0,001
Ansiedade: Não		2,598	0,504	5,155	<0,001
Transtorno Bipolar: Sim		12,437	1,430	8,696	<0,001
Outros: Sim		1,600	0,442	3,619	0,005

Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo investigar o uso de benzodiazepínicos em uma amostra composta majoritariamente por mulheres (76%), que apresentou uma média de idade de 59,72 anos, com todos os participantes relatando acompanhamento médico regular. Foi avaliado a dependência, a adesão às prescrições médicas e os fatores associados ao uso problemático desse medicamento.

Observou-se um elevado tempo de uso de benzodiazepínicos, com média de 16,75 anos (DP ±12,80) anos, e sete entrevistados (28%) mencionaram que o médico havia sugerido a suspensão do medicamento em algum momento. A amostra foi limitada e não representativa, não representando a população geral de usuários de benzodiazepínicos.

É recomendado que se evite a indicação de benzodiazepínicos para idosos, pois os efeitos, como sedação prolongada, podem aumentar o risco de quedas e fraturas nessa população[17]. No presente estudo, 64% dos entrevistados tinham mais de 60 anos, o que é preocupante. Um estudo realizado em Goiânia, em 2013, sobre o uso de medicamentos entre idosos do município, mostrou que os benzodiazepínicos eram os mais consumidos por essa população[24], fato que gera preocupação ao verificar que a recomendação de se evitar benzodiazepínicos para idosos apresenta dificuldade no seu cumprimento.

Ao analisar aspectos de interações sociais, estudos mostram que fatores como o isolamento social e a solidão levam ao uso excessivo de benzodiazepínicos como uma forma de automedicação, sendo um preditor significativo do uso problemático mostrando que idosos que se sentem solitários têm maior probabilidade de usar o benzodiazepínico de maneira inadequada[25,26]. No presente estudo, ser viúvo figurou entre os fatores associados ao uso problemático no modelo de

regressão, que explicou 79% da variabilidade desse domínio (r^2 ajustado = 0,79). Esse achado pode estar relacionado à solidão, embora o desenho transversal e a amostra reduzida não permitam inferência causal.

O uso problemático também se mostrou fortemente relacionado à falta de atividade física, à dificuldade para dormir e à percepção de estado de saúde ruim, mostrando que a falta de atividade física regular pode impactar negativamente em aspectos relacionados ao sono e à percepção da saúde de forma geral[27,28].

As perguntas do domínio "preocupação com o uso" refletem aspectos comportamentais de dependência de baixas doses, como tomar doses extras para evitar problemas, sentir ansiedade entre as doses ou carregar comprimidos consigo[10]. O dependente de baixa dose é caracterizado por utilizar benzodiazepínicos em doses terapeuticamente recomendadas por períodos prolongados[29,30]. Considerando o longo tempo de uso do benzodiazepínico e o acompanhamento médico regular, é possível inferir que esses indivíduos sejam dependentes de baixas doses[29,30]. Os usuários demonstraram preocupação com uso, sendo esse o domínio com maior pontuação (2,78 ± 1,33) no questionário BENDEP SRQ.

Pesquisas indicam que, em muitas situações, os médicos apenas renovam a receita, reforçando a inadequação na dispensação desses medicamentos[31,32]. Apesar de 96% dos entrevistados possuírem receita do benzodiazepínico, apenas 16% sabiam por quanto tempo o medicamento foi indicado, embora seguissem as orientações de uso.

Acredita-se que a inserção do profissional farmacêutico neste contexto pode somar esforços à equipe no sentido de melhorar o entendimento sobre o uso e controlar a dispensação de forma adequada. Estudos evidenciam que os farmacêuticos desempenham papel vital na prescrição e desprescrição desse medicamento, colaborando com outros profissionais de saúde, estando suas intervenções associadas à melhoria da saúde e economia[33].

Quando avaliada a obediência às regras da prescrição do benzodiazepínico, a amostra deste estudo evidenciou seguir às regras, sendo esse domínio o de menor média de pontuação (1,11 ± 1,24), convergindo com um estudo qualitativo que mostrou que os usuários normalmente são responsáveis e seguem a prescrição médica por confiarem na experiência do clínico[32]. No entanto, a dificuldade para dormir figurou entre os fatores associados à falta de obediência às regras de prescrição no modelo de regressão (r^2 ajustado = 0,41). Medidas não farmacológicas, como as intervenções comportamentais para o sono, podem melhorar a qualidade do sono, sendo reportadas como alternativas ao medicamento[34].

O domínio que aborda itens sobre abstinência (2,39 ± 1,69) foi respondido por aqueles usuários que já tentaram interromper o uso e experimentaram sintomas relacionados à falta do medicamento, sendo esses sintomas barreiras que impedem a interrupção do uso. Buscou-se identificar as percepções dos usuários sobre o uso de benzodiazepínicos e os desafios enfrentados na tentativa de interromper o uso. No presente estudo 80% da amostra afirmou ter medo de que surjam problemas caso parem de tomar a medicação. Os quatro entrevistados que chegaram a suspender o uso retomaram devido aos sintomas de abstinência como insônia, ansiedade, angústia e medo.

A abstinência é um fator preocupante. O modelo de regressão, restrito aos 14 usuários que já haviam tentado interromper o uso, explicou 83% da variabilidade desse domínio (r^2 ajustado = 0,83), sendo a faixa etária de 60 a 80 anos, a renda familiar de um a três salários-mínimos, a não prática de atividade física e o transtorno bipolar os fatores associados mantidos no modelo. A descontinuação abrupta desses medicamentos pode desencadear uma síndrome de abstinência caracterizada por sintomas como ansiedade, agitação, tremores, distúrbios do sono, convulsões e, em casos mais graves, óbito[6,18]. A associação entre abstinência e a faixa etária de 60 a 80 anos, observada no modelo (r^2 ajustado = 0,83), sugere que o uso prolongado e a dificuldade do desmame nessa faixa etária merecem atenção, ainda que o delineamento do estudo não permita estabelecer relação de causa e efeito.

Este resultado é um importante indicativo de que determinantes sociais, como a renda e a faixa etária, e a promoção da saúde por meio da atividade física são elementos a serem considerados em processos de desmame do medicamento. Levar em consideração esses fatores pode repercutir no sucesso da desprescrição[15,27].

Estudos mostram que o uso de benzodiazepínicos pode se estender por anos ou décadas[35]. No presente estudo, observou-se um elevado tempo de uso de benzodiazepínicos, com média de 16,75 anos (DP ±12,80) anos. As altas taxas de uso prolongado,

em desacordo com as diretrizes de prescrição, caracterizam o uso desses medicamentos como um importante problema de saúde pública[35].

Vários motivos já foram elencados na literatura que justificam esse cenário do uso prolongado no Brasil, como problemas na qualidade da assistência à saúde e a baixa renda que não permite arcar com tratamentos não farmacológicos[14].

Embora o BENDEP-SRQ seja uma ferramenta valiosa na identificação da dependência de benzodiazepínicos, é crucial uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, profissionais especialistas em saúde mental e outros profissionais de saúde, para avaliar a dependência e para garantir o bem-estar e a recuperação dos indivíduos afetados[2].

Este estudo expõe a carência de políticas públicas voltadas para a prescrição adequada, o uso racional e obediente às orientações, a prevenção do consumo de risco e uso indiscriminado. Há um caminho a percorrer para indicar o medicamento a quem realmente necessita e conduzir o uso com a assistência, atenção e acompanhamento necessários.

Alguns fatores limitaram o acesso à amostra da população estudada. Os contatos telefônicos foram realizados em três tentativas em horários e dias diferentes, mas muitos números estavam inexistentes. Alguns dados de endereço e contato estavam desatualizados no sistema de prontuário eletrônico da prefeitura em questão. Outra dificuldade na execução deste estudo foi a sobrecarga de trabalho dos agentes comunitários de saúde e dos médicos parceiros, o que limitou a busca ativa pelos usuários de benzodiazepínicos.

A dificuldade em contatar a maioria dos usuários de benzodiazepínicos (66 indivíduos) expõe a falta de atualização dos dados nos prontuários da unidade de saúde. Essa fragilidade compromete o cuidado e os tratamentos que podem evitar o agravamento da saúde dos usuários.

A integração da equipe multiprofissional de saúde, incluindo o farmacêutico, o psicólogo, o psiquiatra e o educador físico, com a equipe de saúde da família pode auxiliar no enfrentamento da dependência de benzodiazepínicos e na promoção de uma saúde integral, fundamentais para avançar na direção de sistemas de saúde mais equitativos e eficazes.

CONCLUSÃO

Os usuários de BZD do presente estudo foram pessoas, na sua maioria, na faixa etária de 60 a 80 anos (64%), do sexo feminino (76%), que não trabalhavam (80%; 40% aposentados), casados (52%), com baixa escolaridade (60% com ensino fundamental incompleto), baixa renda familiar de um a três salários-mínimos (52%) e cor parda (56%).

Quanto às condições de saúde, quase metade julgou seu estado de saúde regular (48%), a maioria apresentou dificuldade para dormir (88%) e hipertensão arterial sistêmica (52%), 40% possuíam diagnóstico de depressão e a maioria (76%) gostaria de participar de um grupo terapêutico na unidade de saúde, caso houvesse.

Entre os usuários estudados, o uso problemático do BZD foi muito alto, houve alta preocupação em relação à disponibilidade de BZD, baixa inconformidade com o regime terapêutico e alto nível de abstinência experimentada durante a retirada espontânea do medicamento, evidenciando a existência de dependência do medicamento.

Quanto aos fatores associados, os modelos de regressão explicaram 79% da variabilidade do uso problemático (r^2 ajustado = 0,79), 34% da preocupação com o uso, 41% da falta de obediência às regras de prescrição e 83% da abstinência (r^2 ajustado = 0,83). Entre os fatores associados ao uso problemático, destacam-se o uso de Clonazepam, ser viúvo, ter baixa escolaridade, não praticar atividade física, ter dificuldade para dormir e ter percepção de estado de saúde ruim.

Os sintomas de abstinência, avaliados nos usuários que já tentaram interromper o uso, estiveram associados à faixa etária de 60 a 80 anos, à renda familiar de um a três salários-mínimos, à não prática de atividade física e ao transtorno bipolar. Dada a amostra de conveniência e o delineamento transversal, esses achados têm caráter exploratório e devem ser confirmados em estudos com amostras maiores.

O presente estudo pôde contribuir com a aproximação da universidade e os profissionais da atenção primária à saúde fortalecendo o trabalho integral na busca de melhorias para o serviço de saúde pública. Estudos com maior população, investigando o perfil de usuários de outras unidades de saúde se faz necessário para expandir o conhecimento sobre a atenção primária à saúde.

ACESSO ABERTO

Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Goldschen-Ohm MP. Benzodiazepine modulation of GABAA receptors: a mechanistic perspective. Biomolecules [Internet]. 2022;12(12):1784. doi:10.3390/biom12121784.
2. Curado DF. Dependência de hipnóticos: validação da BENDEP-SRQ PV e comparativo entre usuários crônicos de benzodiazepínicos e drogas Z [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2019. 121 p. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/e5fb30ae-f0c2-439b-be13-1ae99b1f11e3/content
3. Faria JSS, Rossi SV, Andreatta T, Simões VP, Pombo BH, Moreira RB. Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso. Rev Med (São Paulo) [Internet]. 2019;98(6):423-6. doi:10.11606/issn.1679-9836.v98i6p423-426
4. Davies SJC, Rudoler D, Oliveira C, Huang A, Kurdyak P, Iaboni A. Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: a population-based cohort study. J Psychopharmacol [Internet]. 2022;36(4):460-9. doi:10.1177/02698811211069096
5. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012;46(spe):38-43. doi:10.1590/S0080-62342012000700006
6. Nunes BS, Bastos FM. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. Saude Cienc Acao [Internet]. 2016;2(2):71-82. Disponível em: https://unifan.edu.br/revistas/index.php/RevistaICS/article/view/234
7. Wu CC, Liao MH, Su CH, Poly TN, Lin MC. Benzodiazepine use and the risk of dementia in the elderly population: an umbrella review of meta-analyses. J Pers Med [Internet]. 2023;13(10):1485. doi:10.3390/jpm13101485
8. Gage SB, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ [Internet]. 2014;349:g5205. doi:10.1136/bmj.g5205
9. Gray SL, Dublin S, Yu O, Walker R, Anderson M, Hubbard RA, et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. BMJ [Internet]. 2016;352:i90. doi:10.1136/bmj.i90
10. Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. N Engl J Med [Internet]. 2017;376(12):1147-57. doi:10.1056/NEJMra1611832
11. Carvalho F, Tonon AC, Hidalgo MP, Costa MM, Mengue SS. Dispensing of zolpidem and benzodiazepines in Brazilian private pharmacies: a retrospective cohort study from 2014 to 2021. Front Pharmacol [Internet]. 2024;15:1405838. doi:10.3389/fphar.2024.1405838
12. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012;17(1):157-166. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n1/157-166/pt
13. Zanetti MOB, Santos I, Durante JC, Varallo FR, Pereira LRL, Miasso AI. Consumption patterns and factors associated with inappropriate prescribing of benzodiazepines in primary health care settings. PLoS One [Internet]. 2024;19(9):e0309984. doi:10.1371/journal.pone.0309984
14. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. Cad Saude Publica [Internet]. 2019;35(6):e00097718. doi:10.1590/0102-311X00097718
15. Tinoco MS, Carvalho Júnior SJE, Ramos AIC, Rodrigues LS, Pereira ML, Baldoni AO. Challenges of benzodiazepine deprescribing in elderly patients attending primary healthcare. Front Pharmacol [Internet]. 2026;16:1729081. doi:10.3389/fphar.2025.1729081
16. Hürlimann O, Alers D, Hauri N, Leist P, Schneider C, Bolt L, et al. Barriers, facilitators and needs to deprescribe benzodiazepines and other sedatives in older adults: a mixed methods study of primary care provider perspectives. BMC Geriatr [Internet]. 2024;24:396. doi:10.1186/s12877-024-05027-9
17. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2023;71(7):2052-81. doi:10.1111/jgs.18372
18. Brunner E, Chen CA, Klein T, Maust D, Mazer-Amirshahi M, Mecca M, et al. Joint clinical practice guideline on benzodiazepine tapering: considerations when risks outweigh benefits. J Gen Intern Med [Internet]. 2025;40(12):2814-59. doi:10.1007/s11606-025-09499-2
19. McEvoy AM, Langford AV, Liau SJ, Goordeen D, Reeve E, Turner JP. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults and people with cognitive impairment: a systematic review. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2025;73(9):2905-2913. doi:10.1111/jgs.19512
20. Kan CC, Breteler MH, Timmermans EA, van der Ven AH, Zitman FG. Scalability, reliability, and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. Compr Psychiatry [Internet]. 1999;40(4):283-91. doi:10.1016/S0010-440X(99)90129-3
21. Curado DF, Barros VV, Opaleye ES, Noto AR. Psychometric properties of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire–Portuguese Version (BENDEP-SRQ-PV). Trends Psychiatry Psychother [Internet]. 2020;42(4):358-67. doi:10.1590/2237-6089-2019-0049
22. Baillie AJ, Mattick RP. The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. Br J Psychiatry [Internet]. 1996;169(3):276-81. doi:10.1192/bjp.169.3.276

23. Chambers J, Cleveland WS, Kleiner B, Tukey PA. Graphical Methods for Data Analysis. Belmont: Wadsworth; 1983.
24. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013;47(1):94-103. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/Rr7B5zNx3YT8m33BB4bBGxK/?format=pdf&lang=pt&ilang=pt_BR
25. Day BF, Rosenthal GL. Social isolation proxy variables and prescription opioid and benzodiazepine misuse among older adults in the U.S.: A cross-sectional analysis of data from the National Survey on Drug Use and Health, 2015-2017. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2019;204:107518. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.06.020.
26. Vyas MV, Watt JA, Yu AYX, Straus SE, Kapral MK. The association between loneliness and medication use in older adults. Age Ageing [Internet]. 2021;50(2):587-591. doi: 10.1093/ageing/afaa177
27. Carmona-Torres JM, Cobo-Cuenca AI, Pozuelo-Carrascosa DP, Latorre-Román PA, Párraga-Montilla JA, Laredo-Aguilera JA. Physical activity, mental health and consumption of medications in pre-elderly people: The National Health Survey 2017. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(3):1100. doi:10.3390/ijerph18031100
28. Fank F, Pereira FS, Santos L, Mello MT, Mazo GZ. Effects of exercise on sleep in older adults: an overview of systematic reviews and meta-analyses. J Aging Phys Act [Internet]. 2022;30(6):1101-1117. doi:10.1123/japa.2021-0444
29. O'Brien CP. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. J Clin Psychiatry [Internet]. 2005;66(Suppl 2):28-33. Disponível em:
30. Lader M. Benzodiazepines revisited—will we ever learn? Addiction [Internet]. 2011;106(12):2086-109. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x
31. Rat C, Werner EL, Pivette J, Senand R, Nguyen JM. Hypnotic prescription without face to face contact: a report from French family medicine. Eur J Gen Pract [Internet]. 2013;19(3):158-61. doi:10.3109/13814788.2013.777423
32. Sundseth AC, Gjelstad S, Straand J, Rosvold EO. General practitioners' prescriptions of benzodiazepines, Z-hypnotics and opioid analgesics for elderly patients during direct and indirect contacts: a cross-sectional observational study. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2018;36(2):115-22. doi:10.1080/02813432.2018.1459164
33. Ashkanani FZ, Rathbone AP, Lindsey L. The role of pharmacists in deprescribing benzodiazepines: a scoping review. Explor Res Clin Soc Pharm [Internet]. 2023;12:100328. doi:10.1016/j.rcsop.2023.100328
34. Fung CH, Alessi C, Martin JL, Josephson K, Kierlin L, Dzierzewski JM, et al. Masked taper with behavioral intervention for discontinuation of benzodiazepine receptor agonists: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med [internet]. 2024;184(12):1448-1456. doi:10.1001/jamainternmed.2024.5020
35. Peñarrubia-María MT, Parker LA, Puig-García M, Fuente-Moreno M, Lumbreras B, Lopez-Pintor E, et al. Challenge of long-term benzodiazepine use in primary care: insights from a real-world cohort study in Catalonia. Fam Med Community Health [Internet]. 2025;13(3):e003233. doi:10.1136/fmch-2024-003233

DATA DE PUBLICAÇÃO: 05 de novembro de 2026.