

## Benzodiazepínicos na Prescrição de Cardiologistas

### *Benzodiazepines in the Prescription of Cardiologists*

Cíntia Maria de Melo Mendes,<sup>1</sup> Francisca Cléa Florenço de Sousa,<sup>2</sup> Tays Bruna Leal Cunha<sup>3</sup>.

Professora Titular de Farmacologia Centro Universitário Uninovafapi, Professora Adjunta de Clínica Médica Universidade Estadual do Piauí;<sup>1</sup> Professora Titular de Farmacologia Universidade Federal do Ceará;<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina Uninovafapi<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** Sintetizados na década de 50, os benzodiazepínicos (BZD) rapidamente conquistaram médicos e pacientes pela sua aparente segurança: poucos efeitos colaterais e baixa toxicidade. Ao fim dos anos 70 começaram a ser apontados como nocivos à saúde pela possibilidade de dependência.

**Objetivo geral:** Caracterizar a prescrição de benzodiazepínicos por cardiologistas em Teresina.

**Metodologia:** Inquérito epidemiológico descritivo sobre a prescrição dos BZD por cardiologista em Teresina, a partir da análise de critérios prescritivos de cardiologistas, em consultórios e clínicas de Teresina, da rede privada de saúde.

**Resultados:** Verificou-se que a prescrição de BZD foi realizada todos os cardiologistas entrevistados. O agente mais prescrito na cardiologia foi o bromazepam. A principal justificativa médica para prescrição foi o alívio de queixas e sintomas (52,43%). Os médicos são abordados para emissões repetitivas solicitadas por parentes, amigos (77,14%) e pacientes diversos (97,14%). 64,70% dos cardiologistas atendem a este tipo de solicitação feita por pacientes e 59,26% daquelas feitas por amigos e parentes. O tempo estipulado pelos cardiologistas para uso do BZD foi “até a próxima consulta” (54,28%). As recomendações fornecidas pela cardiologia abordaram principalmente risco de dependência (37,41%). Não houve alerta quanto aos riscos de queda ou déficit cognitivo aos pacientes pelo cardiologista.

**Conclusão:** O uso de BZD se encontra disseminado nos hábitos de prescrição médica. Recomendações médicas carecem de embasamento no atual risco atribuído aos BZD. E nem sempre os médicos estipulam um tempo preciso para o tratamento, obedecendo recomendação da literatura de prescrição para 3 a 4 semanas de uso.

**Palavras chave:** Benzodiazepínicos, Prescrição, Cardiologista.

---

### Introdução

Os benzodiazepínicos (BZD) foram sintetizados por Leo Sternbach, nos laboratórios Hoffmann-La Roche, em 1955. Apresentando-se, a princípio, nos testes em animais, como potente agente sedativo, anticonvulsivante e relaxante muscular. Estes achados clínicos impressionaram o mercado farmacêutico e impulsionaram a expansão desta classe farmacológica<sup>1</sup>

Com sua síntese, os BZD, rapidamente, conquistaram médicos e pacientes por sua aparente segurança: poucos efeitos colaterais e baixa toxicidade, tornando-se “luz” no tratamento dos transtornos ansiosos e distúrbios do sono. Assim, ao fim da década de 70, um dos representantes desta classe farmacológica, o diazepam, tornou-se o medicamento mais prescrito em todo o mundo<sup>2</sup>.

No entanto, nos anos setenta, os BZD também começaram a ser apontados como nocivos à saúde, pela possibilidade de causarem dependência. E em diversos países foram verificados indícios de uso abusivo, tolerância, abstinência e dependência<sup>1</sup>.

Órgãos internacionais, como a Organização Mundial de

Saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB), têm alertado sobre o uso indiscriminado, mas principalmente, o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos<sup>3,4</sup>.

Considerando a prescrição de BZDs na cardiologia, faz-se importante ressaltar que os reflexos autonômicos presente na ansiedade, historicamente, têm contribuído para a adoção do controle da ansiedade como estratégia terapêutica adjuvante em patologias cardiovasculares, sobretudo na hipertensão<sup>5</sup>.

Mesmo com toda preocupação e recomendação para um uso racional, o consumo dos BZD se mantém alto, motivado pelo amplo índice terapêutico, o ritmo de vida da humanidade, que estimula uma tendência de “medicalização da vida” e até mesmo pelo desconhecimento da classe médica quanto aos riscos e consequências de um uso crônico destes fármacos.

Este estudo teve como objetivo caracterizar a prescrição de BZD por cardiologistas de Teresina.

## Métodologia

Este artigo é derivado de uma Tese de doutorado da Universidade Federal do Ceará que estudou prescrição e utilização de BZD em Teresina.

Tratou-se de inquérito epidemiológico descritivo sobre os critérios médicos, de oito especialidades, dentre as quais a cardiologia, para a prescrição de BZD em Teresina. Realizou-se, a partir da aplicação de questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, sobre critérios e características do ato de prescrição de BZDs realizada pela classe médica, em consultórios e clínicas de Teresina, da rede privada. A escolha pela rede privada foi devido ao fato de que, na rede pública, a utilização de benzodiazepínicos poderia ficar restrita aos exemplares desta classe distribuídos gratuitamente – diazepam e clonazepam, excluindo, pois, grande número de representantes destes psicotrópicos. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, conforme datas e horários sugeridos e disponibilizados por cada médico sorteado. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 15 minutos. A aplicação dos questionários foi realizada de janeiro a março de 2014

Foram incluídas, na pesquisa original, a fim de cálculos estatísticos, as especialidades médicas que, teoricamente, recorrem, com maior frequência, ao uso de benzodiazepínicos em suas estratégias terapêuticas. A saber: psiquiatria, clínica médica, neurologia, geriatria, cardiologia, reumatologia, ortopedia e ginecologia.

Obteve-se, junto ao Conselho Regional de Medicina, regional Piauí (CRM-PI), o número de médicos inscritos, com títulos registrados, para cada uma das especialidades supracitadas e a partir de então foi determinado um número válido de entrevistas. Neste artigo foi ressaltada, exclusivamente, a especialidade de cardiologia, sendo esta, para fins estatísticos, considerada uma amostra finita.

De acordo com o CRM-PI, Teresina conta com 60 inscritos como cardiologista, o que, considerando-se uma variância máxima  $p$  0,50, um nível de significância de 95% e erro amostral de 4%, resultou em uma amostra de 35 cardiologistas a serem entrevistados.

Obtidos nome e endereço dos 60 cardiologistas, os 35 entrevistados foram escolhidos por sorteio, através do programa Bioestat versão 5.3. Realizou-se contato com os sorteados e os mesmos, mediante interesse em participar do estudo, definiram data, local e horário para aplicação do questionário. Ressalta-se que não houve desistência ou recusa dos cardiologistas em participar do estudo.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas – CEP da Universidade

Federal do Ceará - UFC e aprovado, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humano, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

O Gráfico 01 demonstra a justificativa dos cardiologistas para a prescrição de BZD. Cumpre ressaltar que 100 % dos cardiologistas entrevistados afirmara que costumam prescrever BZD para seus pacientes. O motivo mais assinalado foi o alívio de queixas e sintomas, superior a 52,43%. E o agente farmacológico mais prescrito o bromazepam.

A Tabela 01 evidencia a prática de prescrição médica de repetição, para benzodiazepínico, atendendo à solicitação de pacientes, amigos e parentes. Observa-se que dentre os cardiologistas, 64,70% realizam a prescrição médica de repetição para BZD conforme solicitação de pacientes. No entanto, na análise de solicitações de parentes e amigos, essa especialidade médica acata o pedido em 59,26% dos casos.

Em relação a duração do tratamento prescrito pelos cardiologistas, verificou-se, de acordo com a Tabela 02, que a manutenção do tratamento até a próxima consulta acontece na maioria dos casos, 54,28% enquanto que o tratamento prolongado de 5 a 6 semanas corresponde a 2,86%.

A Tabela 03 especifica as orientações comumente emitidas pelo cardiologista, quando da prescrição de um BZD. Percebe-se que 37,4% dos cardiologistas alertam para uma possível dependência a esta classe de medicamentos. Não houve encaminhamento do cardiologista para o psiquiatra, nem emissão de orientações quanto ao risco de quedas ou danos cognitivos. Verifica-se, ainda, que 17,14 % dos entrevistados não quiseram especificar as recomendações fornecidas aos pacientes.

## Discussão

No Brasil, estudos quantitativos sobre prescrição, consumo, tolerância, dependência e/ou abuso de benzodiazepínicos são raros e, em geral, restritos a pequenas e isoladas amostras populacionais.

Deste modo, o padrão de prescrição para BZD é incerto. E mesmo pertencendo à classe dos psicotrópicos, acabam sendo prescritos pelas mais diversas especialidades, dentre as quais a cardiologia, o que ocorreu em 100% dos entrevistados para este estudo.

Um dos fatores possíveis para essa prescrição generalizada consiste no seu perfil de segurança, muito raramente implicando em risco iminente ao usuário, mesmo em altas doses; na redução progressiva da resistência da humanidade

## Artigo Original

Gráfico 01 - Justificativa do cardiologista quando da prescrição de BZD. Teresina – PI

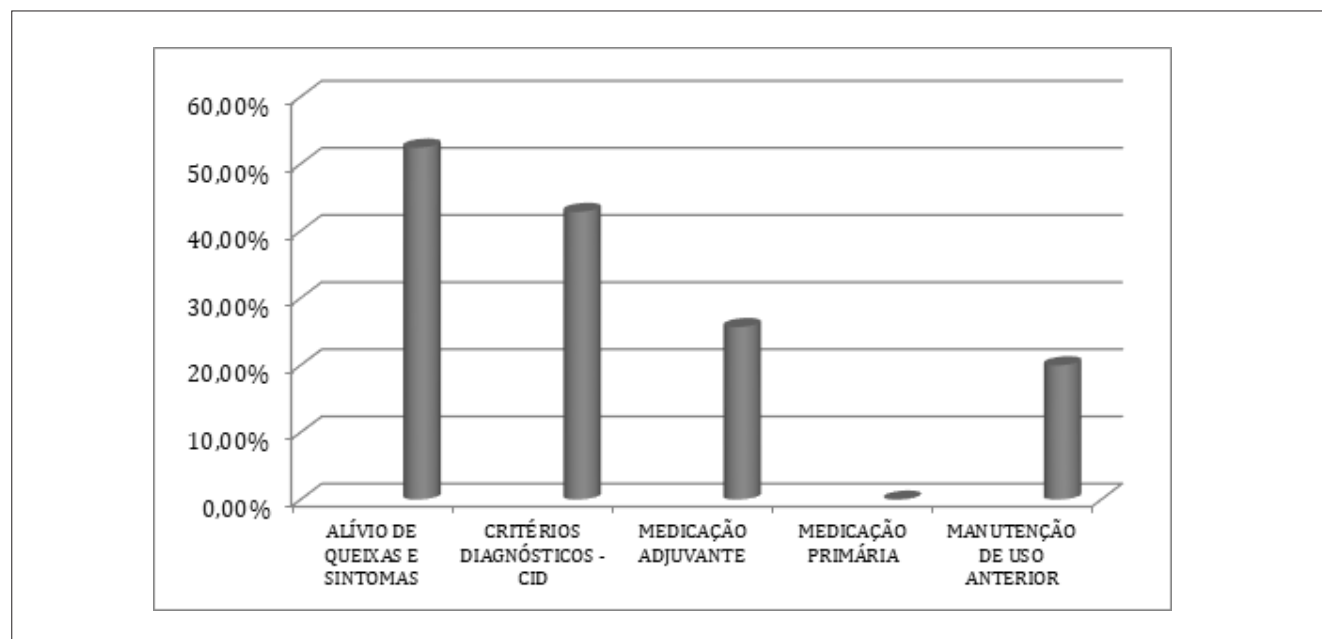


Tabela 1 - Prescrição médica de repetição, para BZD, atendendo à solicitação de pacientes, parentes e amigos. Teresina – PI

Evento	Cardiologista	Outros Especialistas
Recebe solicitação de pacientes	97,14%	95,51%
Acata a solicitação de pacientes	64,70%	67,10%
Recebe solicitação de parentes e amigos	77,14%	77,55%
Acata solicitação de parentes e amigos	59,26%	62,10%

Tabela 2 - Duração dos tratamentos com emprego de Benzodiazepínicos, sob prescrição na cardiologia. Teresina- PI

Especialidade	≤ a 2 semanas	3 a 4 semanas	5 a 6 semanas	até a próxima consulta	até cura
			2,86%	54,28%	20%
	11,43%	8,57%			67,10%
Cardiologia	77,14%				77,55%
Todos	10,20%	12,66%	12,66%	35,92%	31,42%

para tolerar o estresse, fenômeno descrito por alguns autores como “medicalização da vida”.

A prescrição de BZD pelo cardiologista guarda importante relação com o papel que a ansiedade desempenha no sistema nervoso autônomo, aumentando o tona simpático o que por sua vez influencia, fortemente, o sistema cardiovascular. Essa correlação determinou a utilização de BZD como terapia adjuvante para hipertensão e, posteriormente, até para a

doença arterial coronariana<sup>6</sup>. Esse novo papel terapêutico, para os referidos psicotrópicos, baseou-se na analogia de que, uma redução da ansiedade e estresse resultaria, por consequência, numa redução da sobrecarga autonômica simpática ao aparelho cardiovascular. Particularmente na DAC, tal intervenção farmacológica resultaria em diminuição no consumo de oxigênio, pelo músculo cardíaco, e, conseqüentemente, redução do risco de um evento isquêmico.

Tabela 3 - Recomendações médicas emitida pelo cardiologista quando da prescrição de BZD. Teresina – PI

Recomendação	Cardiologista	Outras Especialidades
Abstinência	-	1,67%
Abuso	2,85%	2,39%
Déficit cognitivo	-	4,60%
Dependência	37,41%	27,19%
Diminuição de reflexos	14,28%	12,97%
Efeito paradoxal	5,71%	2,09%
Encaminhamento ao psiquiatra	-	0,41%
Interação medicamentosa	2,85%	8,36%
Não associar com álcool	5,71%	8,79%
Não aumentar dose	-	0,41%
Risco de queda	-	2,92%
Sonolencia	28,57%	27,19%
Tolerância	2,85%	2,39%
Tontura	5,71%	5,43%
Recomendações não aplicáveis	2,85%	17,57%
Não quis especificar	17,14%	15,06%

A expectativa teórica era que, os BZD amplificariam as respostas inibitórias, via ácido gama-aminobutírico (GABA), em todo o sistema nervoso central, o que periféricamente se refletiria numa redução de catecolaminas e consequentemente do tono simpático. Assim, a possibilidade de usar BZD na terapêutica cardiovascular, permitiu a especulação científica que, estes psicotrópicos, fossem, ainda, capazes de promover vasodilatação coronária, prevenção de arritmias, bloqueios e agregação de plaquetas<sup>7</sup>.

Atualmente, a literatura tem demonstrado que, apesar da bem esclarecida relação entre ansiedade e doenças cardiovasculares, não é possível absorver psicotrópicos como agentes terapêuticos de rotina nas doenças cardiovasculares. De modo que hoje, é bem aceito que, em se tratando de hipertensão arterial sistêmica, em especial nos pacientes sabidamente ansiosos e hipertensos, mas sem complicações oriundas do quadro hipertensivo, faz-se possível usar o BZD no atendimento de emergência. Nestes casos, inclusive, há registro, na literatura, de uma melhor resposta com o alprazolam, do que com agentes antihipertensivos (captopril)<sup>8</sup>.

Neste estudo, a justificativa mais citada pelos entrevistados para a prescrição dos BZD (Gráfico 01) foi o alívio de queixas e sintomas o que traduz a definição de um fármaco sintomático, ou seja, aquele capaz de aliviar sintomatologias, sem agir na causa base, logo, caracteriza um agente desprovido de fim terapêutico<sup>9</sup>.

De acordo com o que se preconiza como indicações para agentes BZD, essa é uma justificativa plausível, pois,

considerando-se as propriedades farmacológicas e os principais usos clínicos dos BZD, fica clara sua atuação terapêutica como agente sintomático.

Dentre as alternativas, que poderiam ser escolhidas como justificativa para suas prescrições, a menos prestigiada pelos médicos cardiologistas foi “não costumo prescrever esta classe”. Não foi assinalada por nenhum entrevistado. Este achado, de certa forma, reflete o fascínio e atração que os benzodiazepínicos exercem sobre a classe médica, o qual, amparado pelo elevado índice terapêutico e potencial de satisfação do paciente, acaba não resistindo a tão simplória prescrição.

Chama a atenção o encontro de “manutenção de uso anterior”. Nesta circunstância, o entrevistado médico afirma que prescreve BZD porque o paciente já faz uso. Essa prática foi assinalada em até 20% pelos cardiologistas. Indiretamente reflete que está acontecendo uma prescrição não por um diagnóstico durante a consulta, mas, muito provavelmente, como acate de um pedido do paciente e para manutenção de um tratamento iniciado sob diagnóstico de outro profissional. Configurando o fenômeno da “automedicação assistida”<sup>10</sup>.

Reforçando a prática de manutenção da prescrição original de outro profissional, analisou-se a solicitação de prescrição repetida sob solicitação de parentes, amigos e pacientes. Nesses casos, mais da metade das solicitações foram atendidas pelos entrevistados, o que mostra conformidade com a literatura. Andrade Ferrazza et al demonstraram que, em um serviço de pronto-atendimento, no interior de São Paulo, 65%

## Artigo Original

dos pacientes, que são atendidos, fazem uso de psicofármacos. Destes, 99% solicitam emissão de prescrição de repetição para o psicotrópico e são acatados<sup>11</sup>.

A decisão de emitir ou negar uma prescrição de repetição, para um psicotrópico, sobretudo um BZD, a pedido do paciente, é difícil e divide a opinião da classe médica. De um lado, médicos que não emitem e alegam que, a luz do conhecimento atual, quanto aos BZDs, não há justificativa para um uso prolongado. Amparam seu discurso nos riscos de abuso, tolerância, dependência e prejuízos cognitivos. Reservam-se o direito de, com base na literatura atual, “proteger” o paciente, que desconhece o impacto do uso continuado do fármaco a sua saúde, em longo prazo.

Em oposição a conduta supracitada, tem-se alguns grupos defendendo que existe uma absurda restrição e até medo em se prescrever BZDs. Os defensores do uso destes fármacos apontam ser um completo exagero responsabilizar, tais medicamentos, como capazes de problemas de dependência. Este mesmo grupo alega que “é a profissão psiquiátrica responsável por iniciar e legitimar o uso destas drogas”, cabendo a outros médicos, no dia a dia, apoiar os doentes afligidos com a empatia de fornecer uma receita de BZD. E afirmam ainda: “Então, se nós damos às pessoas algo que as fazem se sentir melhor, então todo mundo pode ficar mais feliz”<sup>12</sup>.

Em seu estudo, Cook et al<sup>13</sup> encontraram muitos aspectos controversos, relatados pelos próprios médicos, para justificar a emissão repetida, principalmente ao paciente idoso: um tempo curto durante a consulta para tentar “convencer” o paciente, usuário crônico, quanto aos riscos do fármaco; o “medo” de perder o paciente para outro profissional, que prescreva sem questionamentos e até a certeza de que haverá uma nova consulta, para uma nova receita, provavelmente no mês seguinte. Alguns médicos responderam: “É tão mais fácil simplesmente prescrever algo e deixar o paciente ir embora”.

Percebe-se que as contradições e contrastes que regem os critérios de prescrição e indicação dos benzodiazepínicos tendem a se mostrarem mais complexos quando se considera os estudos atuais que questionam e apontam riscos ao uso indiscriminado, sobretudo nos idosos. Os defensores, de um controle rígido de prescrição, são categóricos em contraindicar um uso flexível neste grupo etário. Apontam os riscos de comprometimento cognitivo e a probabilidade de quedas, que podem acarretar fraturas, sobretudo de quadril, as quais aumentam a morbimortalidade de idosos.

Para muitos médicos, não atender ao pedido é criar um problema, para si e para o paciente. E Šubelj et al explicam que

quanto mais familiarizado com o paciente, quanto mais sólida a relação médico-paciente, mais restrita a possibilidade de negativa na prescrição e de interrupção do medicamento. Mais difícil tomar uma decisão ética e cientificamente acertada<sup>14,15</sup>.

Percebe-se que o simples ato de prescrever, como repetição, pode gerar um CID. Pode categorizar e sistematizar o atendimento médico, minimizando, eximindo e até encobrendo qualquer reflexão sobre o ato da prescrição. A saber, CID Z76.0 – Emissão de prescrição de repetição.

Em relação a duração do tratamento com emprego de BZD, maioria dos cardiologistas deste estudo limitaram o uso até a próxima consulta. Para a grande maioria dos autores o ideal seria um tempo máximo de uso de 3 a 4 semanas, independentemente da sua finalidade terapêutica<sup>1,16-19</sup>.

Cook et al encontraram médicos, justificando suas prescrições, por tempo prolongado, dado ao medo em perder seus pacientes e também na facilidade e rapidez de, simplesmente, aviar a receita e concluir a consulta, sabendo que, no próximo mês, o mesmo paciente necessitará de nova receita e será mais uma consulta simples e rápida, satisfazendo médico e paciente, uma vez que os BZDs são capazes de proporcionar alívio às queixas subjetivas da humanidade<sup>13</sup>.

A importância de limite na duração ao tratamento com BZD é justificada, inclusive, pelo risco de tolerância, que é uma das consequências do uso prolongado de BZD. Trata-se de um fenômeno que se desenvolve com muitos medicamentos usados cronicamente. O organismo responde à presença continuada do fármaco com uma série de ajustes, que tendem a superar os efeitos do medicamento. No caso de BZD, mudanças compensatórias ocorrem nos seus receptores no GABA que se tornam menos responsivos, assim as ações inibitórias do GABA e dos BZD são diminuídas. Como resultado, a dose inicial do fármaco tem progressivamente menos efeito e uma dose mais elevada é necessária para obtenção do efeito original<sup>20</sup>.

Uma consequência, comum, da tolerância é a necessidade de ajuste posológico, o que acaba resultando em aumentos expressivos na dose prescrita e/ou administrada, contribuindo para um outro problema: o abuso.

Foi percebida uma escassez de estudos que se destinem a entender, classificar e categorizar as orientações fornecidas pelos prescritores a seus pacientes, quando do uso de benzodiazepínicos.

Auchewski et al em estudo realizado com 120 pacientes, em Curitiba, encontrou 38% destes, recordando-se, espontaneamente, de ter recebido, pelo menos um tipo de orientação médica. As mais frequentes foram não consumir

bebida alcoólicas (24%) e alerta quanto a dependência (13%). E as comparações entre as especialidades médicas, não resultaram em diferenças significantes quanto a qualidade de orientação<sup>21</sup>.

Preocupa constatar, no presente estudo, que a preocupação de médicos não parece ser habitada pelas circunstâncias graves consequentes ao uso de BZD, as quais se encontram, recentemente, divulgadas pela literatura. A saber: risco de queda – fratura<sup>22-23</sup>; acidentes automobilísticos<sup>24,25</sup>; déficit cognitivo e síndromes demências<sup>26,27</sup>. Uma vez que não foram recomendações citadas pela cardiologia.

Frente a todos esses conflitos de hipóteses, uma assertiva vem conquistando destaque: a necessidade de otimizar os conhecimentos médicos, quanto aos psicotrópicos, sobretudo aos benzodiazepínicos, para otimizar a qualidade das prescrições. Uma otimização na formação médica vem sendo apontada como alternativa para a melhorar critérios dos prescritivos, adequação de recomendações e controle de uso indevido ou indiscriminado<sup>28</sup>.

## Conclusão

Conclui-se que a prescrição de BZD se faz presente na rotina dos cardiologistas, sendo esta uma classe farmacológica prescrita por 100% dos entrevistados. O principal motivo para a prescrição na cardiologia foi o alívio de sintomas e queixas e a manutenção da prescrição anterior. Percebeu-se que, em mais de 50% dos casos, o cardiologista emite prescrição de repetição atendendo ao pedido de pacientes, parentes e amigos. E no tangente a duração do tratamento prescrito, cardiologistas tendem a informar a próxima consulta como limite temporal.

Evidenciou-se que as recomendações médicas carecem de embasamento no atual risco atribuído aos benzodiazepínicos, sobretudo de quedas e síndromes demenciais. E que a principal recomendação, emitida pelos cardiologistas, aos seus pacientes, foi a dependência.

## Referências

1. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2005 May;18(3):249–55. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001504-200505000-00006>
2. Bernik MA. Benzodiazepínicos: Quatro Décadas de Experiência. 1st ed. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo; 1999. 248 p.
3. Nappo S, Carlini EA. Preliminary finding: consumption of benzodiazepines in Brazil during the years 1988 and 1989. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1993 Jun;33(1):11–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8103736>
4. Noto AR, Carlini E de A, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2002 Jun;24(2):68–73. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000200006&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000200006&lng=en&tlng=en)
5. Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'Agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? *JAMA* [Internet]. 1993 Nov 24;270(20):2439–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8230620>
6. Bajkó Z, Szekeres C-C, Kovács KR, Csapó K, Molnár S, Soltész P, et al. Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension. *J Neurol Sci* [Internet]. 2012 Jun;317(1–2):112–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X12000858>
7. Huffman JC, Stern TA. The use of benzodiazepines in the treatment of chest pain: a review of the literature. *J Emerg Med* [Internet]. 2003 Nov;25(4):427–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654185>
8. Yilmaz S, Pekdemir M, Tural Ü, Uygun M. Comparison of alprazolam versus captopril in high blood pressure: A randomized controlled trial. *Blood Press* [Internet]. 2011 Aug 3;20(4):239–43. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08037051.2011.553934>
9. Gomes T, Juurlink D, Yao Z, Camacho X, Paterson JM, Singh S, et al. Impact of legislation and a prescription monitoring program on the prevalence of potentially inappropriate prescriptions for monitored drugs in Ontario: a time series analysis. *C Open* [Internet]. 2014 Nov 18;2(4):E256–61. Available from: <http://cmajopen.ca/cgi/doi/10.9778/cmajo.20140027>
10. Mendes CM de M, Castro GLG, Pedrini ACR, Gaspar DSM, Sousa FCF de. Perfil socioeconômico da automedicação em Teresina. *Rev Interdiscip* [Internet]. 2014;7:115–23. Available from: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/66/pdf\\_165](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/66/pdf_165)



## Artigo Original

11. Ferrazza D de A, Luzio CA, Rocha LC da, Raphael Rodrigues Sanches. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia* [Internet]. 2010;20:381–90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>
12. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med* [Internet]. 2007 Apr 24;11(2):181–98. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459307074693>
13. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 Mar 25;22(3):303–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-006-0021-3>
14. Šubelj M, Vidmar G, Švab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2010 Aug 28;122(15–16):474–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00508-010-1413-2>
15. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 Dec 13;14(1):191. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-191>
16. Tyrer P. Risks of dependence on benzodiazepine drugs: the importance of patient selection. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1989;298:102–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1835446/pdf/bmj00214-0044.pdf>
17. Palhares H, Saad AC, Zilberman M PD, Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR AN. Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos [Internet]. São Carlo do Pinhal: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; 2013. p. 54. Available from: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf)
18. Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 12th ed. Amgh Editora; 2012. p. 457–80.
19. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. *Farmacologia Básica & Clínica*. 12th ed. Porto Alegre: Amgh Editora; 2014. 1242 p.
20. Mehdi T. Benzodiazepines revisited. *Br J Medicinal Pr* [Internet]. 2012;5. Available from: <http://www.bjmp.org/files/2012-5-1/bjmp-2012-5-1-a501.pdf>
21. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Boengen De Lacerda R. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):24–31.
22. Panneman MJM, Goettsch WC, Kramarz P, Herings RMC. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: A pharmo study. *Drugs and Aging*. 2003;20(11):833–9.
23. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GC, Lima V da GC, Oliveira T de F, et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Rev da AMRIGS* [Internet]. 2010;54:25–31. Available from: [http://amrigs.org.br/revista/54-01/09-470\\_perfil\\_epidemiologico.pdf](http://amrigs.org.br/revista/54-01/09-470_perfil_epidemiologico.pdf)
24. Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 Jul 9;70(7):873–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-014-1684-z>
25. Assari S, Moghani Lankarani M, Dejman M, Farnia M, Alasvand R, Sehat M, et al. Drug Use among Iranian Drivers Involved in Fatal Car Accidents. *Front Psychiatry* [Internet]. 2014 Aug 29;5. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00069/abstract>
26. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Peres K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* [Internet]. 2012 Sep 27;345(sep27 4):e6231–e6231. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e6231>
27. Billioti de Gage S, 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 Sep 9;349(sep09 2):g5205–g5205. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g5205>
28. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances. *Dtsch Ärzteblatt Int* [Internet]. 2015;112:1–7. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318457/pdf/Dtsch\\_Arztebl\\_Int-112-0001.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318457/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-112-0001.pdf)