

O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM PACIENTES IDOSOS COM INSÔNIA

THE USE OF BENZODIAZEPINES IN ELDERLY PATIENTS WITH INSOMNIA

Cleber José Veloso¹
Andreza Antonieta de Freitas Torres²
Gabriel Julio Rocha Soares³
João Gabriel Pires Simplício⁴
Aliere Silva Veloso⁵

RESUMO: Com o aumento da longevidade no Brasil, torna-se necessário avaliar as condições envolvidas no processo de envelhecer e seus desafios advindos da idade. O envelhecimento traz consigo muitas alterações fisiológicas, motoras, psicológicas, condições médicas, agravos na saúde, dentre outros. Este artigo trará uma revisão literária do uso dos benzodiazepínicos para tratamento de insônias em idosos, às indicações e contraindicações, as precauções com as interações medicamentosas e seus efeitos adversos. As parcerias necessárias para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade com objetivo de apresentar informações relevantes sobre os psicotrópicos e suas interações com outros medicamentos. Tornando necessário a avaliação meticulosa na prescrição devido aos riscos envolvidos na associação de remédios de usos devidos e indevidos, o ambiente em que este idoso se encontra inserido e os riscos do uso da medicação por longos períodos. Sendo assim a temática torna-se de suma importância para a comunidade e os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Efeitos adversos. Idosos. Insônia. Polifarmácia.

603

ABSTRACT: With the increase in longevity in Brazil, it becomes necessary to evaluate the conditions involved in the aging process and the challenges arising from age. Aging brings with it many physiological, motor, and psychological changes, medical conditions, health problems, among others. This article will present a literature review of the use of benzodiazepines for the treatment of insomnia in the elderly, their indications and contraindications, precautions regarding drug interactions and their adverse effects. It will also discuss the necessary partnerships for improving the quality of life in old age, aiming to present relevant information about psychotropic drugs and their interactions with other medications. A meticulous evaluation of prescription is necessary due to the risks involved in combining appropriate and inappropriate medications, the environment in which the elderly person lives, and the risks of prolonged medication use. Therefore, this topic becomes of paramount importance for the community and healthcare professionals.

Keywords: Benzodiazepines. Adverse effects. Elderly. Insomnia. Polypharmacy.

¹ Graduando em medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana-FASEH.

² Graduanda em medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH.

³Graduando em medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH.

⁴Graduando em medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH.

⁵Orientadora do curso em medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana. FASEH. Pediatra CRM-MG 45617

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2050 a quantidade de pessoas com mais de 60 anos será superior a 2 bilhões de indivíduos, uma vez que a expectativa de vida aumentou e o de natalidade em queda crescente (ONU, 2014; UNFPA, 2023). Calcula-se que 59,8% dos brasileiros idosos utilizem medicações indevidas em decorrência do avanço da idade e da prevalência das doenças crônicas. (Carvalho et al., 2024)

A senescênciia traz consigo muitos desafios como, a perda da mobilidade, o aparecimento de problemas sérios que comprometem a saúde física, emocional, motora e psicológica.

Embora envelhecer não seja sinônimo de adoecer, é encarado como um processo limitante que causa grande impacto no indivíduo, podendo acarretar ansiedade, fragilidade emocional, insônia e problemas graves de saúde como cardiopatias, diabetes e outros, expondo o idoso a situações de dependências medicamentosas e suas interações conhecida como polifarmácia, que é o uso simultâneo de cinco ou mais medicações. (ALVIN; et al., 2016).

A insônia é um distúrbio do sono comum entre idosos, afetando a qualidade de vida e a saúde geral. No entanto, o uso de benzodiazepínicos nessa população deve ser tratado com cuidado devido ao potencial de dependência, dos efeitos colaterais e interações medicamentosos de outras doenças preexistentes. Os benzodiazepínicos têm sido frequentemente prescritos para o tratamento da insônia, pois esta classe de medicamentos atua no sistema nervoso central, promovendo efeitos sedativos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. O uso de benzodiazepínicos em longo prazo, está associado a um impacto negativo sobre as funções cognitivas, agravando condições como demência e contribuindo para a piora da qualidade de vida desses pacientes (GAGE et al., 2014). Eles são frequentemente prescritos para tratar distúrbios de ansiedade, insônia e outras condições. Entre esses riscos estão a dependência, quedas, confusão mental, deterioração cognitiva e maior suscetibilidade a fraturas e acidentes. Os idosos são particularmente vulneráveis a esses efeitos adversos em função das alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, como a diminuição da taxa de metabolismo hepático e da função renal, o que prolonga a meia-vida dos fármacos e aumenta a sensibilidade ao seu efeito (MARKOTA et al., 2016).

O SONO E SUA IMPORTÂNCIA

O sono tem um papel fundamental em todas as fases da vida, mas, no envelhecimento, ele ganha ainda mais importância por estar diretamente ligado à qualidade de vida, saúde física e saúde mental da pessoa idosa. Um sono adequado fortalece o sistema imunológico, ajudando na prevenção de infecções, favorece a regulação metabólica, reduz o risco de diabetes tipo 2, obesidade e doenças cardiovasculares e auxilia na recuperação muscular e óssea.

Cognitivamente, o sono profundo auxilia na consolidação da memória e a aprendizagem, reduz sintomas de ansiedade e depressão que são comuns na terceira idade. Melhora o humor, disposição e energia durante o dia, favorecendo a autonomia, pois reduz a sonolência diurna, consequentemente as quedas e acidentes domésticos.

Contudo, um sono insuficiente está associado ao maior risco de declínio cognitivo e demência, sendo algumas consequências da má qualidade do sono, as quedas e fraturas devido a sonolência e falta de atenção, prejuízos cognitivos como o esquecimento e dificuldade de concentração, o aumento do risco de hipertensão e AVC, perda da sociabilidade e bem-estar.

605

FASES DO SONO

Durante a noite, passamos várias vezes por um ciclo de sono que dura em média 90 a 110 minutos, alternando entre sono NREM com 3 estágios (N₁, N₂ e N₃) e REM.

Sono NREM (Non-Rapid Eye Movement- sem movimento rápido dos olhos) é a fase do sono com sonhos menos intensos, nesta fase, o corpo entra em estado de descanso físico profundo, com redução de funções metabólicas e fisiológicas, correspondendo a cerca de 75–80% do sono total em adultos.

Estágio N₁-Sono leve (início do sono), famoso “cochilando”, dura poucos minutos, é a transição entre estar acordado e adormecer, é onde a atividade cerebral começa a diminuir e acontece o relaxamento muscular.

N₂-Sono mais leve a moderado, representa de 45 a 55% do sono total, nesta fase a frequência cardíaca e respiração ficam mais lentas, a temperatura corporal diminui o cérebro mostra características típicas no EEG (eletroencefalograma): fusos do sono e complexos K que

são importantes para a memória e a proteção contra despertares, mas ainda não é o sono profundo.

N3 é o sono profundo, sendo o mais reparador para o corpo e muito importante para a imunidade e saúde física, nesta fase há a recuperação física como a cicatrização, reparo muscular e fortalecimento ósseo, aqui também ocorre a liberação do hormônio do crescimento. Corresponde a 15–25% do sono, a atividade cerebral mostra ondas lentas (delta), acordar alguém neste momento é difícil e pode causar confusão e desorientação.

As funções principais do sono NREM são: recuperação física (energia, músculos, ossos e imunidade), a consolidação de memória factual e motora. A regulação do metabolismo (controle da glicose e hormônios) e a preparação do cérebro para o sono REM, onde ocorre mais o processamento emocional.

Sono REM (Rapid Eye Movement ou movimentos rápidos dos olhos) O sono REM é uma das duas grandes fases do sono (junto com o NREM) caracterizando por atividades cerebrais intensas, semelhante à vigília, mas o corpo entra em atonia muscular quase completa (paralisia fisiológica), esta fase representa cerca de 20 a 25% do sono total em adultos, é a fase 606

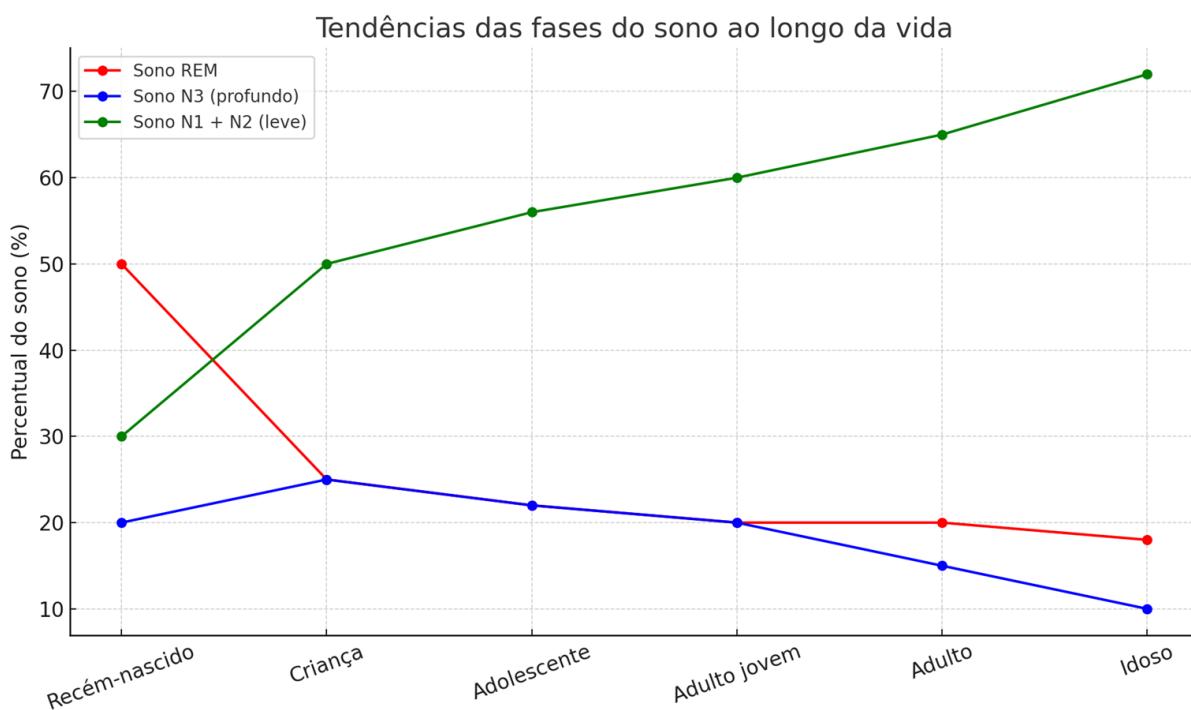
mais associada aos sonhos vívidos.

Algumas características fisiológicas ocorrem durante a REM, é possível visualizar no eletroencefalograma ondas de baixa amplitude e frequência mista correspondente ao estado de vigília, o metabolismo aumenta significativamente, principalmente em áreas relacionadas à emoção e memória (amígdala, hipocampo, córtex pré-frontal). Há também movimentos rápidos dos olhos, o que deu nome à fase, esses movimentos estão ligados à atividade onírica (sonhos). Atividade autonômica, como frequência cardíaca e respiratória tornam-se irregulares, aumento da atividade do sistema nervoso simpático, fluxo sanguíneo cerebral elevado.

Entre as funções do sono REM estão, consolidar a memória fortalecendo as emocionais e de aprendizagem complexa e integrando novas informações com conhecimentos prévios. Regular o emocional, ajudando no processamento de experiências emocionais intensas, ou seja, pessoas privadas de sono REM apresentam maior irritabilidade e ansiedade. Auxilia na plasticidade sináptica, estimulando o remodelamento das conexões neuronais.

O sono REM é uma fase ativa do sono, marcada por intensa atividade cerebral, sonhos vívidos, paralisia muscular e irregularidade autonômica. É crucial para memória, aprendizado, regulação emocional e plasticidade cerebral, e sua redução ou fragmentação está associada a prejuízos cognitivos e de saúde mental.

Gráfico 1

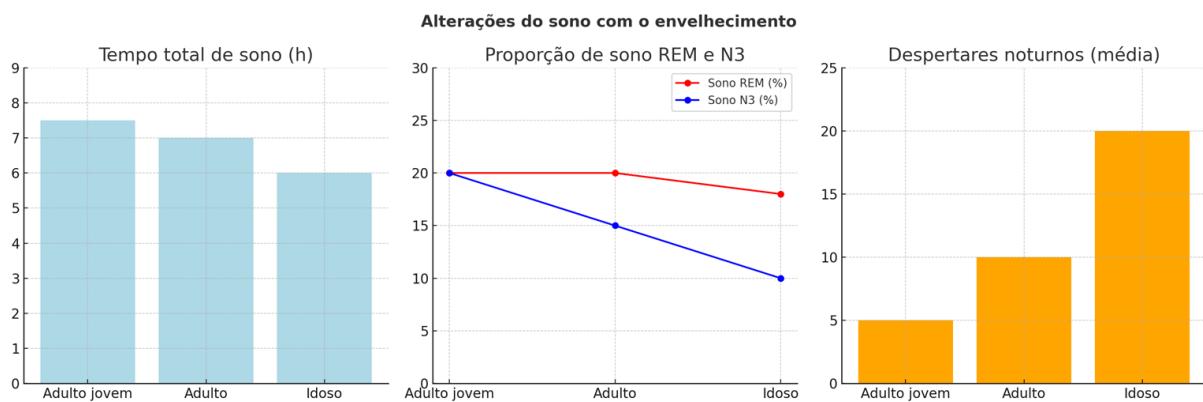


ALTERAÇÕES DO SONO NO ENVELHECIMENTO

O sono sofre mudanças naturais com o envelhecimento, tanto na sua arquitetura quanto na quantidade e qualidade. Essas alterações nem sempre significam doença, mas podem impactar a saúde e aumentar a vulnerabilidade a distúrbios do sono nos idosos. Em idosos, há redução progressiva da quantidade de sono REM e essa diminuição está associada a maior risco de déficit cognitivos e doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e Parkinson. Algumas alterações fisiológicas transcorrem do sono no envelhecimento, o tempo total de sono que pode diminuir em até 1 hora em comparação a adultos jovens, dentre as queixas mais comum é de sono fragmentado. Ocorre também mudanças na arquitetura do sono em relação aos estágios NREM/ REM. O estágio N1 e N2 aumenta, causando a maior proporção de sono superficial, eleva a chance de despertares noturnos. No N3 ocorre grande redução do sono de ondas lentas

que são essenciais para a recuperação física. E o sono REM tende a diminuir levemente, podendo afetar a memória e regulação emocional. Com a fragmentação do sono muitos idosos compensam com cochilos diurnos, o que fragmenta ainda mais o sono noturno.

Gráfico 2.



CONSEQUÊNCIAS CLINICAS

608

Existem fatores associados a má qualidade do sono como: a maior prevalência de doenças crônicas – cardíacas, pulmonares e dor crônica. O uso frequente de medicações (benzodiazepínicos, antidepressivos, diuréticos) que afetam a qualidade do sono, expondo o idoso à déficit cognitivo – memória, atenção, risco aumentado de demência, alterações de humor, depressão, ansiedade e irritabilidade. Maior risco de quedas e acidentes em decorrência da sonolência diurna e despertares noturnos. Prejuízos cardiovasculares e metabólico como a hipertensão, diabetes, obesidade.

São distúrbios do sono mais comuns no idoso: Insônia crônica, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), síndrome das pernas inquietas (Transtornos de movimento relacionados ao sono).

MEDICALIDADE

Existem vários medicamentos utilizados para tratar distúrbios do sono, mas cada classe tem diferenças importantes em eficácia, segurança, mecanismo de ação e risco de dependência. Aqui trataremos dos benzodiazepínicos (BZD). Estes são medicamentos amplamente usados

para tratar ansiedade, insônia. Embora ajudem a dormir, sua ação altera a arquitetura do sono mencionada anteriormente.

O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos se dá pelo aumento da atividade do GABA, o principal neurotransmissor do cérebro, ligam-se aos receptores GABA-A, potencializando seus efeitos, ou seja, mais abertura de canais de cloro, e como consequência os neurônios ficam menos excitáveis, assim reduzindo a atividade cerebral, e isso causa relaxamento, redução da ansiedade e indução do sono.

Os efeitos no sono são: reduz o tempo para adormecer em cerca de 27 a 30 minutos, com menos despertares noturnos (aumenta o tempo total de sono em 47 a 81 minutos nos primeiros 2 a 3 dias), o que causa rápida dependência medicamentosa (PUBMED). Contudo, reduz a fase do sono restaurador (N₃), diminui a fase dos sonhos vívidos e a consolidação da memória (REM). E ao interromper o uso do BZD, pode haver aumento do REM e N₃ exagerado (efeito rebote), levando a pesadelos e sono fragmentado.

Fármaco (genérico / comercial)	Início de ação	Duração da ação	Efeito predominante no sono	Observações principais	609
Triazolam (Halcion)	Rápido (15–30 min)	Curta (3–5h)	Indução do sono (ajuda a adormecer)	Maior risco de despertares noturnos; não indicado para manutenção	
Temazepam (Restoril)	Médio (30–60 min)	Intermediária (6–8h)	Indução + manutenção	Boa opção em insônia intermediária, menos acúmulo no dia seguinte	
Estazolam	Médio (30–60 min)	Intermediária (8–10h)	Manutenção do sono	Pode causar sonolência residual	
Flurazepam (Dalmane)	Médio (30–60 min)	Longa (até 24–48h, metabólitos ativos)	Manutenção do sono	Alto risco de efeito residual (ressaca, quedas em idosos)	
Quazepam	Lento (60–120 min)	Longa (até 24h)	Manutenção do sono	Boa eficácia em insônia crônica, mas risco de acúmulo	
Lorazepam (Lorax)	Médio (30–60 min)	8–12h	Indução + manutenção	Usado também para ansiedade; risco de sonolência matinal	
Clonazepam (Rivotril)	Lento (60–120 min)	Longa (12–24h)	Manutenção do sono	Mais ansiolítico que hipnótico; maior chance de efeito residual	

Os riscos do uso prolongado dos benzodiazepínicos por idosos, se dá por efeitos adversos como a sonolência diurna, fadiga, tontura, confusão, ataxia e risco elevado de quedas, fraturas e acidentes. Existe também prejuízos cognitivos como a deterioração da memória e possível associação com demência (PUBMED vs Atenção primária em Saúde SciELO). Há ainda um potencial abuso pela toxicidade e intoxicação nos casos de polifarmácia.

METODOLOGIA

A prática da medicalidade dos benzodiazepínicos para o tratamento de insônia em pacientes idosos, traz evidências sobre o efeito adverso deste fármaco no organismo e interações perigosas se utilizados simultaneamente.

Para essa análise minuciosa dois coautores serão responsáveis pela avaliação de forma independente de todos os títulos e resumos resultantes da busca do tema, seguindo a seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo os conflitos resolvidos por consenso.

Utilizaremos como bancos de dados, PubMed, SciELO, Google Acadêmico. As palavras-chave selecionadas foram: “benzodiazepínicos”, “idosos”, “insônia”, “polifarmácia” e “efeitos adversos” em população acima de 60 anos. Incluiremos publicações dos últimos dez anos, em português e inglês.

Dos 87 artigos localizados nas pesquisas, apenas 27 estavam na SciELO, 33 no Google Acadêmico, 27 na PubMed e 18 no Google acadêmico. Nesta revisão, foram incluídos n = 4 artigos, para a avaliação e revisão. Através da avaliação dos estudos escolhidos como amostra, podemos destacar os principais resultados associados ao tema em discussão. Portanto, a literatura forneceu respostas claras sobre as principais consequências do uso involuntário e contínuo de benzodiazepínicos.

Selecionou-se 4 artigos que abordam os riscos da associação dos benzodiazepínicos à polifarmácia na população idosa, reforçando os impactos a relevância e as intervenções em prol da segurança medicamentosa.

610

Quadro 1- Descrição dos estudos selecionados para amostra

Nº	Título	Autor	Objetivos	Ano	Base de dados
1	Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional.	Freire et al.,	Avaliar a utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros.	2022	SciELO
2	Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos.	Alvarenga et al.,	Analizar a percepção e motivação do uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos.	2014	Publumed
3	Efeitos adversos de longo prazo ao uso de benzodiazepínicos	Alves et al.,	Analizar se os efeitos abusivos são temporários ou permanentes.	2022	SciELO
4	Método Kaplan-Meier e o modelo de riscos proporcionais para avaliar a associação entre mortalidade e polifarmácia.	Romano-Lieber et al.	Avaliar a sobrevida dos idosos expostos ao uso de cinco ou mais medicamentos.	2019	SciELO

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os benzodiazepínicos (BZD) surgiram na década de 1950 por Leo Henrryk Sternbach, e começaram a ser comercializados em meados de 1960, e por trazer alívio rápido dos sintomas da ansiedade, este psicotrópico tornou-se um dos fármacos mais vendidos do mundo. Essa droga é composta de uma substância que atua diretamente ao Sistema Nervoso Central (SNC). Seu mecanismo de ação se dá pelo aumento da transmissão de GABA, um neurotransmissor que inibe a atividade cerebral, resultando em sedação e anticonvulsivante, tornando essa atuação no SNC capaz de alterar as habilidades cognitivas de seu usuário. Os BZD's são comumente indicados para quadros clínicos de ansiedade, insônia, relaxamento muscular, epilepsia e outros (Duarte et al., 2022). Esses medicamentos são classificados com base na sua meia-vida e potência, fatores que influenciam suas indicações e os cuidados necessários ao usá-los. Embora sejam eficazes para tratar de forma rápida a ansiedade e a insônia, o uso contínuo pode levar ao desenvolvimento de tolerância, dependência física e cognitiva, além de afetar a memória. Também há riscos de quedas e acidentes, especialmente entre os idosos.

Entretanto, muito se tem investido em estudos sobre essa classe medicamentosa e desde 1980 é atribuído a estes, diversos efeitos colaterais indesejáveis, sendo o principal a dependência, em casos de uso crônico. Os principais psicotrópicos são: Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam, Diazepam e Lorazepam.

O alto consumo dos benzodiazepínicos se relaciona ao aumento do estresse e fragilidades da vida diária, solidão, crise econômica, tristeza, solidão, prescrições indevidas, depressão, outros transtornos psicóticos.

A OMS Organização Mundial de Saúde, alerta para o alto potencial de dependência dessas substâncias, orientando que seu uso não se estenda a mais de 4 meses. (NUNES; BASTOS 2016). Outro fato que chama atenção é a grande adesão por parte dos idosos a estes medicamentos, mesmo sendo contraindicado para a faixa etária, cerca de 85,5% de adesão. E de forma geral acontece a polifarmácia devido a outras condições comorbidades advindas da idade (ALVIN; et al., 2016). A polifarmácia, ou seja, o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, é bastante comum em pacientes que têm várias doenças ao mesmo tempo, especialmente em idosos e pessoas com problemas psiquiátricos. Os benzodiazepínicos (BZDs) costumam fazer parte do tratamento junto com antidepressivos, antipsicóticos, analgésicos e medicamentos para

hipertensão. Isso pode criar um cenário de risco, pois há possibilidade de interações entre esses remédios que podem ser perigosas. (LADER, 2011). Por exemplo, usar BZDs junto com opióides aumenta o risco de depressão respiratória e até de morte. Além disso, certos medicamentos que inibem o citocromo P450 podem alterar a forma como os BZDs são processados pelo organismo, o que pode intensificar seus efeitos colaterais. (STALL et al., 2018).

O uso desses psicotrópicos tende a duplicar a cada média de cinco anos, devido à baixa tolerância dos usuários em lidar com o estresse, após o uso do remédio. Apesar de ser considerado seguro, seu uso prolongado pode resultar em redução da atividade motora, danos à memória, depressão, sonolência, tontura, cefaleia, mudanças no apetite, visão turva, alucinações, insônia, confusão, distúrbios de coordenação muscular e interações medicamentosas com efeitos colaterais negativos. (MARTINS, LIRA 2022).

Sua prescrição dever ser feita de forma cautelosa, pois o uso indiscriminado prolongado para doenças de médio e curto prazo, podem ter transtornos evitáveis, e a suspensão desse psicoativo não se dá de forma simples, uma vez que pode causar abstinência. Mesmo que justificada, a indicação dessa medicação é complexa e apresenta riscos, devendo assim ter acompanhamento multiprofissional. Sendo o farmacêutico um excelente aliado, principalmente na terapia medicamentosa do idoso, devido ao seu vasto conhecimento dos medicamentos e suas interações, podendo assim auxiliar no processo de início e suspensão dos benzodiazepínicos.

612

As estratégias para reduzir a prescrição de benzodiazepínicos são muito importantes para diminuir os riscos que eles podem trazer, especialmente quando usados por muito tempo. Orientações como os Critérios de Beers, da Sociedade de Geriatria dos Estados Unidos, e a ferramenta STOPP/START sugerem que devemos ter cuidado ao prescrever esses medicamentos para idosos, dando preferência a alternativas que não envolvam remédios sempre que possível. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento de problemas como insônia e ansiedade, podendo substituir ou complementar o uso de medicamentos ou sua desprescrição gradual. Além disso, em alguns casos de ansiedade, a troca gradual por antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) também pode ser uma opção adequada.

A Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I) é considerada o tratamento de primeira linha para insônia crônica, segundo diretrizes internacionais (*American Academy of Sleep Medicine e European Sleep Research Society*). Por ser uma abordagem não

farmacológica, com eficácia semelhante ou superior ao uso de hipnóticos em médio/longo prazo. Os efeitos positivos tendem a se manter após o fim do tratamento, diferente dos benzodiazepínicos, cujo efeito cessa quando a medicação é interrompida (MORIN, 2005).

A TCC-I atua em dois eixos principais: psicoeducação sobre sono e medicamentos, explicando os efeitos dos benzodiazepínicos no sono e na saúde a longo prazo e ensinar sobre arquitetura do sono e higiene do sono. Algumas Técnicas da TCC-I se dão pelo controle de estímulos: associar a cama apenas ao dormir/atividade sexual, evitando TV, celular, preocupações. Restrição do sono por limitar o tempo na cama ao tempo médio de sono, aumentando progressivamente conforme melhora. Reestruturação cognitiva ao trabalhar crenças disfuncionais (“se eu não tomar remédio, nunca vou dormir”). Técnicas de relaxamento como a respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo.

CONSIDERAÇÕES

A utilização correta dos BZD's é de suma importância para evitar complicações pois sua utilização prolongada é danosa. Os benzodiazepínicos, devem ter maior controle de prescrição, por isso é importante que haja orientação, educação e aconselhamento dos idosos usuários deste medicamento. Também é importante promover a interação e/ou integração social do idoso, visando afastar a solidão e a depressão, elementos frequentemente associados à velhice. A prescrição para o tratamento de insônia de benzodiazepínicos devem ser opções para casos agudos, novas pesquisas dos medicamentos pertencentes ao grupo são necessárias, fundamentalmente sobre o uso racional e seguro. Em situações crônicas, é preferível usar uma combinação de terapias comportamentais e, se necessário, medicamentos escalonados. Também é possível recorrer a terapias complementares e alternativas, como fitoterápicos, homeopatia e terapia cognitivo-comportamental para a insônia, evitando a prescrição de substâncias controladas e realizando a interrupção do uso em situações de uso contínuo. O diagnóstico de insônia crônica é feito quando os sintomas ocorrem pelo menos 3 vezes por semana e têm uma duração superior a 3 meses.

613

Portanto, a revisão da literatura indica que os efeitos adversos são consequência do uso contínuo de benzodiazepínicos a longo prazo. Em idosos, está ligado à deterioração cognitiva, pois diminui a habilidade de exercício e eleva o perigo de quedas e fraturas. No entanto, a

dependência e a tolerância a essas substâncias são desenvolvidas através do uso contínuo e são extremamente perigosas difíceis de remover do dia a dia.

REFERÊNCIAS

Alves, A. N., de Freitas, T. C. A., & Machado, Y. C. (2022). Efeitos adversos de longo prazo ao uso de benzodiazepínicos. *Research, Society and Development*, 11(14), e330111436322-e330111436322.

American Geriatrics Society. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674-694, 2019.

Alvarenga, J. M., Giacomin, K. C., Loyola Filho, A. I. D., Uchoa, E., J. O. A. (2014). Uso crônico de benzodiazepínicos entre idoso. *Revista de saúde pública*, 48, 866-872.

Alvin.2021. Estudo do uso de medicamentos em idosos: uso de benzodiazepínicos e interações medicamentosas na população brasileira. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/MR8Dn4NFvJnsh7JxnfQ3sTv/?lang=en>. Acesso em 22 de maio 2025.

Alvarenga, J. M., Giacomin, K. C., Loyola Filho, A. I. D., Uchoa, E., & Firma, J. O. A. (2014). Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. *Revista de saúde pública*, 48, 866-872.

614

Amorim Duarte, V., Gomes, K. W. L., de Oliveira Granjeiro, S. G., Figueiredo, I. D. T., Torres, G. M. C., & da Silva, M. R. F. (2022). O cuidado em saúde mental centrado nos benzodiazepínicos: uma realidade da Estratégia Saúde da Família. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(3), 450- 462.

Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). *Normal human sleep: An overview*. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed., pp. 15-24). Elsevier.

Freire. 2022. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional, disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2022.v56/10/pt>. Acesso em 22 mai. 2025

Freire, M. D. B. O., Da Silva, B. G. C., Bertoldi, A. D., Fontanella, A. T., Mengue, S. S., Ramos, L. R., & Menezes, A. M. B. (2022). Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 56.

Markota, M. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 91, n. 11, p. 1632-1639, nov. 2016.

Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, et al. *Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse*. *Sleep*. 2005;28(11): 1365-1372.

Morin CM, Colecchi C, Stone J. *Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia.* American Journal of Psychiatry. 2004 Feb;161(2):332-342

Nunes, B. S.; Bastos, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. Saúde & Ciência em Ação, Goiânia, v. 3, n. 1, p. 71-82, 2016.

Romano-Lieber, Nicolina Silvana. Sobrevida de idoso e exposição à polifarmacia em idoso: uma revisão integrativa. Research, Society and development, v. 10, n.2, p. e28810212263-e28810212263, 2021.

Saper, C. B., Fuller, P. M., Pedersen, N. P., Lu, J., & Scammell, T. E. (2010). Sleep state switching. *Neuron*, 68(6), 1023-1042.

Siegel, J. M. (2005). Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*, 437(7063), 1264-1271.

Stall, N. *Potentially inappropriate prescribing among older adults: a meta-analysis of observational studies.* BMJ Open, v. 8, n. 2, 2018.