

SOBREUTILIZAÇÃO DAS BENZODIAZEPINAS E DOS Z-HIPNÓTICOS NA ANSIEDADE E NA INSÔNIA

[Resumo sem bibliografia. Para mais informações consulte o documento elaborado pela
Coordenação Nacional da Estratégia Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde]

Apesar de diversos alertas e recomendações, a utilização de benzodiazepinas (BDZ) em Portugal tem-se mantido elevada e superior à de outros países.

As indicações terapêuticas que justificam a maior prescrição de BDZ são a **ansiedade (8-12 semanas duração do tratamento, incluindo a fase de redução gradual da dose)** e a **insónia (2-4 semanas)**. A eficácia a longo prazo destes medicamentos não está demonstrada.

Os Z-hipnóticos (Z-H), tal como o zolpidem (único da classe comercializado em Portugal), têm riscos semelhantes aos das BDZ.



I. Riscos clínicos das BDZ e dos Z-H

Dependência

Pode ocorrer com doses normais, elevadas ou mesmo baixas.

Fraturas por quedas

As BDZ aumentam o tempo de reação, perturbam o equilíbrio e a marcha, provocam sedação e alterações da visão.

Acidentes de viação

O consumo de álcool aumenta este risco.

Alterações da memória

As BDZ provocam um défice cognitivo a curto prazo (memória, aprendizagem, concentração e atenção) e a longo prazo, com recuperação parcial após a suspensão.

Interação com opióides

Graves riscos, incluindo morte, com os opióides para a dor ou para a tosse.

II. Como suspender as BDZ e os Z-H

- As BDZ devem ser **descontinuadas gradualmente ao longo de várias semanas** (por exemplo, 4 a 6 semanas ou mais para doses de diazepam > 30 mg por dia) para prevenir convulsões e evitar sintomas graves de abstinência.
- O critério temporal de suspensão gradual é determinado pela **capacidade de o doente tolerar os sintomas de abstinência**. As recomendações variam desde reduzir a dose inicial de BDZ em 50% por semana ou mais, até diminuir a dose diária entre 10% e 25% de 2 em 2 semanas.
- A **conversão para diazepam** nos utilizadores de hipnóticos ou nos que utilizam várias BDZ pode ser recomendada. As vantagens do diazepam relativamente às outras BDZ devem-se à sua longa semivida e à existência no mercado de comprimidos com diferentes dosagens, o que permite o ajustamento progressivo da dose durante a terapêutica de suspensão.

Níveis de evidência das diferentes abordagens terapêuticas na suspensão das BDZ e dos Z-H

Situação	Abordagem Terapêutica	Nível de evidência
Abordagem geral da dependência às BDZ	Suspensão gradual durante várias semanas ou meses	Alto
Utilização de várias BDZ ou Z-H	Mudar para uma única BDZ para desabitação (diazepam)	Bom
Opção por uma BDZ para desabitação	Mudar para uma BDZ de longa ação (diazepam)	Baixo
Insónia	Antidepressivos, anti-histamínicos, melatonina; restrição do sono, melhorar a higiene do sono, técnicas de relaxamento	Moderado
Outros medicamentos para o tratamento dos sintomas de privação	Pregabalina, gabapentina, bloqueadores β ; flumazenil	Baixo para todos, com exceção do flumazenil que é experimental
Abordagem psicológica	Intervenção cognitivo-comportamental	Bom

III. Alternativas às BDZ e Z-H na terapêutica da insónia e das perturbações da ansiedade

1. INSÓNIA

As BDZ e os Z-H só devem ser utilizadas se a insónia é grave, incapacitante ou provoca um desconforto extremo. Deve ser administrada a dose mais baixa que controla os sintomas, por um período máximo de 4 semanas e, intermitentemente, se possível.

O tratamento da insónia crónica inclui duas abordagens: a intervenção cognitivo-comportamental e a farmacológica.

Componentes da intervenção cognitivo-comportamental na insónia

Componente	Efeito pretendido	Informação para o doente
Restrição do sono	Aumentar o tempo do sono e estabilizar o ritmo circadiano	Reduzir o tempo na cama para o tempo total de sono programado (\geq 5-6 horas), aumentar o tempo na cama gradualmente à medida que a eficiência do sono melhora
Controlo dos estímulos	Reduzir a excitação no ambiente do sono e promover a associação da cama e do sono	Tentar dormir quando estiver com sono, sair da cama quando estiver acordado e ansioso, usar a cama apenas para dormir ou para atividades sexuais (não ver TV na cama)
Terapia cognitiva	Restruturação de crenças desadaptadas sobre as consequências catastróficas da insónia para a saúde e vida diária	Manter expectativas realistas acerca do sono; rever experiências prévias de insónia, questionando pensamentos catastróficos sobre as suas consequências
Terapia de relaxamento	Reduzir a excitação física e psicológica do sono	Praticar relaxamento muscular progressivo, exercícios respiratórios (respiração diafragmática) ou de meditação
Higiene do sono	Reduzir comportamentos que interfiram com o sono ou aumentem o despertar	Limitar a cafeína e o álcool, manter o quarto escuro e silencioso e colocar o relógio fora do ângulo de visão, evitar dormir durante o dia ou à tarde, aumentar o exercício (excluindo proximidade da hora de deitar)

Os medicamentos recomendados para administração 1 a 3 horas antes de deitar são os seguintes:

- Trazodona (25 a 150 mg por dia)
- Mirtazapina (7,5 a 30 mg por dia)
- Trimipramina (10 a 150 mg por dia)
- Doxilamina (25 a 50 mg por dia)
- Hidroxizina (37,5 a 75 mg por dia)

2. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

As BDZ devem ser reservadas para o alívio a curto prazo (8-12 semanas, incluindo a fase de redução gradual da dose) da ansiedade grave, incapacitante ou que provoca uma angústia inaceitável, que ocorre isoladamente ou em associação com insónia ou doença psicossomática, orgânica ou psicótica.

A utilização de BDZ para tratar a ansiedade ligeira de curta duração é inapropriada e desajustada.

Abordagem do tratamento das perturbações da ansiedade

Ansiedade ligeira	Aguardar resolução da situação que desencadeou a ansiedade. Exercício físico. Intervenção cognitivo-comportamental (ICC).
Ansiedade moderada	ICC ou ISRS / IRSN, ou ambos
Ansiedade grave ou resistente	Referenciar ao psiquiatra

ISRS: inibidores seletivos da recaptção de serotonina; IRSN inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina

Terapêutica com ISRS ou IRSN nas perturbações da ansiedade

- Dose inicial: metade da usada na depressão, durante 1-2 semanas
- Aumentar progressivamente a dose até à dose usada na depressão
- Manter terapêutica 9-12 meses, se for efetiva
- Posterior redução progressiva da dose (\leq ¼ dose / mês)