ISSN 1646-6977
Documento produzido em 06.07.2014

ABUSO DE BENZIODIAZEPINAS NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Trabalho da cadeira de Psicofarmacologia do Mestrado em Psicologia Clínica

2012

André Leite Gonçalves
Mestrado em Psicologia Clínica

E-mail de contato:
andregoncalves8686@gmail.com

RESUMO

Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 70, por se afigurarem como uma opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar a preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias. Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controlo da ansiedade(transtorno ansiedade generalizada,sindrome do panico, entre outros..) e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam a ser prescritos de modo indiscriminado e abusivo, tanto por psiquiatras, quanto por médicos de outras especialidades.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição psicotrópicos. Atualmente um em cada 10 adultos recebem prescrições de

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por médicos clínicos gerais. Calcula-se que cada clínico tenha na sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso. No entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

A mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é 3 vezes maior do que na população geral, no entanto, não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com similar grau de morbidade.

A ***Ansiedade Persistente Generalizada*** é manifestada por sintomas de **três** das seguintes quatro categorias:

1) tensão motora: instabilidade, agitação, nervosismo, tremores, tensão, mialgias, fatigabilidade, incapacidade para relaxar, contração muscular da pálpebra, testa enrugada, face extenuada, desassossego, sobressalto, diplopia.

2) hiperatividade do sistema nervoso autônomo: sudorese, palpitações, taquicardia, frio, mãos frias e pegajosas, boca seca, tontura, delírio, parestesias (formigamento das mãos ou pés), distúrbios estomacais, acessos de calor ou frio, micção freqüente, diarréia, desconforto epigástrico, nó na garganta, rubor, palidez, pulso e respiração muito rápidos em repouso.

3) expectativa apreensiva: ansiedade, preocupação, medo, reflexão e pressentimento do infortúnio para si mesmo ou para outros.

4) vigilância e vigília: estado de hiperalerta que resulta em distração, dificuldade de concentração, insônia, sensibilidade extrema, irritabilidade e impaciência

Palavras-chave: benzodiazepinas, transtorno de ansiedade, farmacologia.

FARMACOLOGIA

Há algumas características farmacológicas que influenciam a escolha do tipo de BDZ a ser prescrito pelo médico:lipossulibilidade,metabolizaçao e meia-vida,as suas propriedades, efeitos colaterais e custos.

LIPOSSOLUBILIDADE

Os benzodiazepínicos são altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os benzodiazepínicos: o midazolam e o lorazepam também possuem boa hidrossolubilidade e são

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

agentes seguros para a administração intramuscular. Já o diazepam e o clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e por isso têm distribuição errática quando administrados por essa via. Desse modo, a utilização da via intramuscular deve ser evitada para esses.

METABOLIZAÇÃO E MEIA-VIDA

As vias de metabolização e a meia-vida são aspectos importantes tanto para escolha terapêutica de um benzodiazepínico, quanto para o controlo de intercorrências como intoxicações e síndrome de abstinência. Os benzodiazepínico têm metabolização hepática. O clordiazepóxido é ostensivamente metabolizado. Já o lorazepam e o oxazepam são conjugados diretamente, demandando pouco trabalho hepático, e portanto, estão indicados para os idosos e hepatopatas.

Os BDZ são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação. A tabela abaixo apresenta a dose-equivalência dos principais benzodiazepínicos, bem como os principais parâmetros terapêuticos dessa classe.

tabela 1: t1/2 dos benzodiazepínicos

BZD (meia-vida)	meia-vida (h)	ligação proteica (%)	dose terapêutica (mg)	dose equivalência. (diazepam 10mg)
Muito curta				
Midazolam	1,5 - 2,5			15mg
Curta				
Alprazolam	6 – 20		0,75 – 4	1mg
Bromazepam	12	70	1,5 – 18	6mg
Lorazepam	9 – 22	85	2 – 6	2mg
Intermediária				
Clordiazepóxido	10-29	93	15 – 100	25mg
Clonazepam	19-42		1 – 3	2mg
Diazepam	14-61	98	4 – 40	10mg
Nitrazepam	16 - 48		5 – 10	10mg

FONTE: Hollister & Csernansky (1990)

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

Os BDZs possuem cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Apesar de presentes em qualquer tipo de BDZ, algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro. O midazolam é um BDZ com propriedades eminentemente sedativa-hipnótica. Já o alprazolam é mais ansiolítico e menos sedativo.

EFEITOS COLATERIAIS

Apesar de geralmente bem tolerados, os BDZs podem apresentar efeitos colaterais (quadro 1), principalmente nos primeiros dias. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas.

Quadro 1: Efeitos colaterais dos BDZs.

* Sonolência excessiva diurna ("ressaca")
* Piora da coordenação motora fina;
* Piora da memória (amnésia anterógrada);
* Tontura, zumbidos;
* Quedas e fraturas;
* Reação Paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais freqüentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;
* "Anestesia emocional" – indiferença afetiva a eventos da vida
* Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenho psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito
* Risco de Dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

PRECAUÇÕES, CUSTOS E RISCOS COM O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Quadro 2: Custos sócio-econômicos do uso prolongado de BDZs (12 meses ou mais).
* Risco aumentado de acidentes: no tráfego, em casa, no trabalho
* Risco aumentado de overdose em combinação com outras drogas
* Risco aumentado de tentativas de suicídio, especialmente em depressão
* Risco de atitudes anti-sociais
* Contribuição para problemas na interação interpessoal
* Redução da capacidade de trabalho, desemprego
* Custo com internações, consultas, exames diagnósticos

Ao escolher um tratamento com benzodiazepínicos deve-se pensar também nas complicações potenciais, tais como efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais (quadro 2).

SINDROME DE ABSTINÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS (SAB)

Os BDZs têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a cessaçao dos benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a interrupçao de benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose (quadro 3).

Quadro 3 : Sinais e sintomas da síndrome de abstinência por BDZ		
sinais menores		**sinais maiores**
Físicos	**Psíquicos**	
• Tremores	• Insônia	• Convulsões
• Sudorese	• Irritabilidade	• Alucinações
• Palpitações	• Dificuldade de concentração	• Delirium
• Letargia	• Inquietação	
• Náuseas	• Agitação	

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

• Vômitos	• Pesadelos
• Anorexia	• Disforia
• Sintomas gripais	• Prejuízo da memória
• Cefaléia	• Despersonalização/desrealização
• Dores musculares	

Abstinência refere-se à emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ela deve ser diferenciada dos *sintomas de rebote(rebound)*, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais os benzodiazepínicos foram prescritos, numa intensidade significativamente maior. Ocorrem dentro de poucos dias após a retirada dos benzodiazepínicos e permanecem por vários dias.

Numa pequena minoria, pode ocorrer o que se chama de *síndrome de abstinência protraída* ou *pós-abstinência*. Os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, podendo durar alguns meses. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas.

TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais**.** Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de benzodiazepínicos por pelo menos 5 semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida.

Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

A RETIRADA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente exeqüível e de baixo custo.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este ronda normalmente em torno de 6 a 8 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras 2 semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subseqüentes de redução.

Substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o Diazepam ou Clonazepam. Comparado a outros benzodiazepínicos e barbituratos, o Diazepam mostrou ser a benzodiazepina de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração – o desmetildiazepam – o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sangüíneos.

Medidas não-farmacológicas

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a SAB e manter-se sem os benzodiazepínicos:

O melhor local para tratamento é o ambulatorial pois leva a maior engajamento do paciente e possibilita que tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas possam ocorrer ao mesmo tempo.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reasseguramento, promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade.

Manutenção sem benzodiazepínicos

Nesta fase o paciente deve receber apoio para lidar com stresse sem os benzodiazepínicos bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para controlar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Auchewski,L. *et al*.Avaliaçao da orientação medica sobre os efeitos colaterais de benziodiazepinicos.**Revista Brasileira de Psiquiatria**.volume 26, n.1, 2004.p.24-31. Disponivel em http:/www.scielo.br

Ballone GJ, Ortolani IV - *Ansiolíticos & Tranqüilizantes* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em **www.psiqweb.med.br**, revisto em 2008.

Bernik MA. Benzodiazepínicos e dependência. In: Bernik MA, coordenador. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999. p. 211-31.

Hollister LE, Csernansky. Benzodiazepines. In: Hollister LE, Csernansky. Clinical Pharmacology of Psychoterapeutic Drugs. New York, Churchill Livinstone, 1990.

Laranjeira R, Castro LA. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik MA, coordenador. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999. p. 187-98.

Sadock, Benkamin, Sadock, Virgínia, SUSSMAN Norman. Benzodiazepínicos e medicamentos que atuam sobre os receptores benzodiazepínicos. *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock*. São Paulo, SP: Artmed Editora S.A., 2007. P.117 – 129.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt