



Junho ardente, de Frederic Leighton, 1895.

# Abuso e dependência de sedativos e hipnóticos

## Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência de fármacos sedativos e de fármacos hipnóticos.

Sistema Único de Saúde  
Estado de Santa Catarina, 2015.



## 1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

São chamados de sedativos os fármacos capazes de deprimir a atividade do sistema nervoso central, como os atarácicos (tranquilizantes menores) e outros. São chamados de hipnóticos os sedativos que produzem sonolência e facilitam iniciar o sono. Os fármacos aqui abordados compreendem os benzodiazepínicos, os agonistas do receptor benzodiazepínico (ditos compostos Z, como o zolpidem, a zaleplona e a zolpiclona<sup>1</sup>), os congêneres da melatonina (a agomelatina e o ramelteon), os barbitúricos, outros agentes sedativo-hipnóticos ou anestésicos de estrutura química variada (hidrato de cloral, paraldeído, propofol, etc.).

Cada descoberta de novos fármacos capazes de aliviar a insônia tem estimulado muitas prescrições, desde a descoberta do primeiro barbitúrico, por Adolf Von Baeyer em 1864. Tais drogas, contudo, levam à tolerância farmacológica (precisam de doses paulatinamente maiores) e dão síndrome de abstinência quando são suspensas, pois causam dependência química em diversos graus e de consequências variadas. Apesar da utilidade imediata dos remédios, há métodos não farmacológicos para lidar com a insônia<sup>2</sup>, assim como para lidar com transtornos de ansiedade. Os sedativos podem ser usados com eficiência, de forma excepcional, não corriqueira, por tempo determinado e breve, a fim de não causar dependência, no contexto de um tratamento mais amplo, não apenas medicamentoso.

A prescrição de benzodiazepínicos e dos compostos Z por prazos longos causa inúmeros eventos adversos, como quedas e fraturas, acidentes domésticos e de trânsito, confusão mental transitória, comprometimento cognitivo. Há hipóteses de que possa ser um dos fatores importantes em distúrbios da memória<sup>3</sup> e no desencadimento da doença de Alzheimer<sup>4</sup>. Ainda sem comprovação clara, por haver grande número de confundidores estatísticos, o abuso de benzodiazepínicos tem sido hipotizado como fator relacionado ao câncer<sup>5</sup>. O fato é que o uso destas drogas se tornou um problema de saúde pública<sup>6, 7, 8</sup> e vem

<sup>1</sup> PINTO JR, Luciano Ribeiro et al . New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 68, n. 4, Aug. 2010 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>2</sup> MOLEN, Yara Fleury et al . Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 72, n. 1, Jan. 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2014000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000100063&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>3</sup> GHONEIM, M.M.; MEWALDT, S.P. Benzodiazepines and human memory: a review. **Anesthesiology** 1990;72:926-38.23. Disponível em:  
<[http://journals.lww.com/anesthesiology/Citation/1990/05000/Benzodiazepines\\_and\\_Human\\_Memory\\_\\_A\\_Review\\_24.aspx](http://journals.lww.com/anesthesiology/Citation/1990/05000/Benzodiazepines_and_Human_Memory__A_Review_24.aspx)>.

<sup>4</sup> GAGE; Sophie Billioti; MORIDE, Yola; et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. **BMJ** 2014, 349:g5205, doi: 10.1136/bmj.g5205. Disponível em:  
<<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5205.full.pdf+html>>.

<sup>5</sup> KRIPKE, D.F.; LANGER, R.D.; KLINE, L.E. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. **BMJ Open** 2012;2:e000850, doi:10.1136/bmjopen-2012-000850. Disponível em:  
<<http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000850.full>>.

<sup>6</sup> NHS. Department of Health (England) and the devolved administrations. **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh

levando várias nações a realizarem campanhas de redução da prescrição de benzodiazepínicos e drogas assemelhadas, assim como campanhas visando abolir o uso por longos prazos, algumas das quais ainda no campo experimental<sup>9</sup>. As mulheres são particularmente vulneráveis à dependência de benzodiazepínicos<sup>10</sup>, buscando a droga nas unidades de atenção primária<sup>11</sup>.

O uso destas drogas faz com que muitas pessoas peregrinem por vários serviços de saúde, com o objetivo de envolver os médicos em uma relação capaz de gerar a receita. As estratégias de aquisição de receitas controladas passam pelo uso de artifícios, tais como simulação, bajulação, sedução e ameaças ao médico. Muitos usuários cultivam a aquisição de receita junto a médicos amigos, além de solicitar a diferentes médicos desconhecidos, alternadamente, fazendo negociações sobre a dose e o momento de parar com o uso. Isto leva os usuários a um crescente refinamento das queixas e da metassimulação dos sintomas<sup>12</sup>. Há, atualmente, um excesso de uso irracional destes fármacos<sup>13</sup>, inclusive nos serviços de saúde familiar e comunitária<sup>14</sup>.

A ansiedade é patológica em certas circunstâncias e graus definidos pela ciência psicopatológica. Como regra, a ansiedade é adaptativa e faz parte de nosso patrimônio genético, permitindo-nos ajustar o comportamento em função das circunstâncias, sem prejuízo das funções ou da qualidade de vida. Quando há prejuízo de função ou

---

Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em:  
<[http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical\\_guidelines\\_2007.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf)>.

<sup>7</sup> BERGER, A.; EDELSBERG, J.; TREGLIA, M.; ALVIR, JM.; OSTER, G. "Change in healthcare utilization and costs following initiation of benzodiazepine therapy for long-term treatment of generalized anxiety disorder: a retrospective cohort study." **BMC Psychiatry**, Oct 2012 (1): 177, doi:10.1186/1471-244X-12-177. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504522/>>.

<sup>8</sup> CASTRO, Gustavo Loiola Gomes et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1 (2013). Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>.

<sup>9</sup> CLAY, Emilie et al. Contribution of prolonged-release melatonin and anti-benzodiazepine campaigns to the reduction of benzodiazepine and z-drugs consumption in nine European countries. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 69, n. 4, p. 1-10, 2013. Disponível em: <[http://download.springer.com/static/pdf/838/art%253A10.1007%252Fs00228-012-1424-1.pdf?auth66=1414122238\\_c654a52c514a10c8e222c1dee61f4cda&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/838/art%253A10.1007%252Fs00228-012-1424-1.pdf?auth66=1414122238_c654a52c514a10c8e222c1dee61f4cda&ext=.pdf)>.

<sup>10</sup> SOUZA, Ana Rosa Lins; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013, vol.18, n.4, pp. 1131-1140. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400026&script=sci_arttext)>.

<sup>11</sup> NORDON, David Gonçalves et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**. 2009;31(3): 152-158. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a04v31n3.pdf>>.

<sup>12</sup> ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13(número especial):896-902. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>>.

<sup>13</sup> BALDISSERA, F. G.; COLET, C.F.; MOREIRA, A.C. Uso irracional de benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Contexto e Saúde**, v. 10, n. 19 (2010). Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1489/1243>>.

<sup>14</sup> LUZ, Rebecca Lustosa Silva de Almeida, et al. Uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família: um estudo qualitativo. **Infarma**, rev do CFF, v. 26, n. 2 (2014). Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/591>>.

incapacitação, sensação de grande desconforto somático e acentuada queda de qualidade de vida, justifica-se o uso de tranquilizantes, por prazos curtos e sob monitoramento<sup>15, 16</sup>. Não há razões científicas, também, para pugnar pela simples substituição do uso prolongado de tranquilizantes pelo uso prolongado de antidepressivos, pois isto também não conta com evidência científicas<sup>17</sup>.

## 2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

### **F13 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.**

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

## 3. DIAGNÓSTICO

Os critérios são os da CID-10. 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.

Os benzodiazepínicos por serem de alta eficácia, rápido início de ação e baixa toxicidade, são alvo de aumento de doses pelos pacientes e recusa em parar de usá-los, apesar das opiniões médicas. Os sintomas de abstinência devem ser distinguidos dos sintomas de rebote, ocorridos pelo retorno dos sintomas originais para os quais os tranquilizantes foram prescritos.

Em idosos, os efeitos adversos, mesmo sem dependência química instalada, incluem deficiência psicomotora e excitação ocasionalmente paradoxal. Com o uso por longo prazo, a tolerância, dependência e abstinência efeitos podem se tornar grandes desvantagens.

Os sintomas da síndrome de abstinência começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa. Podem também ocorrer após a diminuição da dose.

Os critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência de sedativos e hipnóticos (F13.3) são:

- A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

---

<sup>15</sup> MIHIC, S.J.; HARRIS, R.A. Capítulo 17 Hipnóticos e Sedativos. In: BUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman**. 12ª. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, Artmed, 2012.

<sup>16</sup> BRUNTON, Laurence L. et al (Edt.). **Goodman & Gilman manual de farmacologia e terapêutica**. Porto Alegre: McGraw Hill, Artmed, 2010.

<sup>17</sup> BUENO, J. Romildo. **Revista Debates em Psiquiatria**, Mai/Jun 2012. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_9\\_mai\\_jun\\_2012.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf)>.

- B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
- (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou frequência cardíaca acima de 100 bpm)
  - (2) tremor aumentado das mãos
  - (3) insônia
  - (4) náusea ou vômitos
  - (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
  - (6) agitação psicomotora
  - (7) ansiedade
  - (8) convulsões de grande mal
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Em alguns usuários ocorre a síndrome de abstinência protraída, ou pós-abstinência. Nestes casos, os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, e podem se prolongar por alguns meses<sup>18</sup>.

Os sintomas da síndrome de abstinência podem incluir, raramente, convulsões, alucinações e delírium. Mais comumente incluem insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia. Dependendo da dose usada evoluem com tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, prejuízo da memória, despersonalização e desrealização.

## 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Abuso e dependência de barbitúricos, de benzodiazepínicos, ou de tranquilizantes ou hipnóticos não benzodiazepínicos.

## 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ausência de adesão ao tratamento.

## 6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

## 6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

---

<sup>18</sup> ABP; AMB; CFM. **Abuso e Dependência dos benzodiazepínicos**. [Nastasy, H.; Ribeiro, M.; Marques, A.C.P.R. et al.]. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: <[http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/004.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf)>.

Nas intoxicações graves com superdosagens, o atendimento deve ser feito em pronto-socorro de hospital geral. Se necessário, o SAMU poderá ser acionado. A equipe do pronto-socorro pode relatar o caso ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), por telefone, assessorando-se de toxicologista para a melhor conduta das intoxicações severas.

O tratamento da dependência é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais.

## 7. TRATAMENTO

A seleção cuidadosa dos pacientes a serem medicados com sedativos ou hipnóticos é também importante. As prescrições de longo prazo são, ocasionalmente, incontornáveis<sup>19</sup>, para certos pacientes refratários ao abandono do remédio. A lógica é a da redução de danos, na impossibilidade de o paciente parar com a droga. Efeitos indesejados podem ser evitados em grande parte, mantendo as dosagens mínimas e mantendo o período de uso o mais curto possível.

O tratamento da dependência é ambulatorial, com apoio de natureza psicológica, feito por membro da equipe de saúde (muitas vezes pelo próprio médico, quando a equipe é pequena ou faltante). Suporte emocional pode ser mantido durante todo processo de retirada das medicações, com informações e reassuramento da capacidade de lidar com o estresse sem os benzodiazepínicos. É importante auxiliar o paciente a distinguir os sintomas de ansiedade e abstinência. Medidas não farmacológicas e treinamento de habilidades para lidar com a ansiedade podem ser promovidos. Geralmente os usuários que conseguem ficar livres de sedativos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e têm melhora na qualidade de vida.

Nos casos mais leves é possível a suspensão abrupta da medicação, entretanto, a retirada gradual costuma ser mais bem aceita. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e podem ser concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

O prazo de retirada da medicação pode ser negociado com o paciente, girando em torno de 4 a 8 semanas, inclusive para hipnóticos<sup>20</sup>, podendo durar até mais de 16 semanas. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas. Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam, a fim de retirá-lo, gradualmente, depois. Estimada a dose de manutenção habitual, deve-se administrar a dose equivalente de diazepam nos dois primeiros dias e então diminuí-la em 10% ao dia, com dosagem fina de 10% diminuída lentamente a zero, durante um período de 3 a 4 dias.

O diazepam é a droga de escolha para tratar pacientes com dependência em outros benzodiazepínicos, como o clonazepam e o lorazepam. Ele é

---

<sup>19</sup> ASHTON, Heather. Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines. **Drugs**, July 1994, Volume 48, Issue 1, pp 25-40. Republicado on line em 12 out. 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.2165%2F00003495-199448010-00004>>.

<sup>20</sup> BELLEVILLE, Geneviève; MORIN, Charles M. Hypnotic discontinuation in chronic insomnia: Impact of psychological distress, readiness to change, and self-efficacy. **Health Psychology**, Vol 27(2), Mar 2008, 239-248. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0278-6133.27.2.239>>.

absorvido de forma veloz pelo organismo e seu metabólito, o desmetildiazepam, é de longa duração, permitindo montar um esquema de redução gradual, pois apresenta uma diminuição suave dos níveis sanguíneos.

O método clássico<sup>21</sup> de retirada da droga, para algumas pessoas que costumavam usar doses altas e relutam em parar, implica um programa de 1 a 4 meses, fazendo-se reduções gradativas. A redução de um quarto da dose é feita paulatinamente, neste tempo, segundo as reações e a aceitação do paciente. Os estudos alvos de revisão sistemática mostram que a retirada gradual tem preferência à interrupção abrupta.

Há hipóteses, ainda não confirmadas com clareza, de que a carbamazepina possa ser uma intervenção eficaz na descontinuação de benzodiazepínico, quando o paciente é muito resistente<sup>22</sup>. A amitriptilina pode ser usada, como substituto de um sedativo noturno, temporariamente, para insônias produtoras de ansiedade.

O dependente de sedativos e hipnóticos se automedica, aumentando as doses por conta própria. Em termos preventivos, o combate à automedicação é a atitude fundamental<sup>23, 24</sup>.

Mulheres grávidas com **eclampsia** podem sofrer convulsões antes e logo depois do parto. Estas mulheres podem ser tratadas com **sulfato de magnésio** em vez do diazepam, na prevenção das convulsões. O sulfato de magnésio, comprovadamente, tem melhores efeitos na eclampsia e reduz a morte materna mais do que o benzodiazepínico<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> ONYETT, S.R. The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management. **J R Coll Gen Pract.** Apr 1989; 39(321): 160–163. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711840/?page=2>>.

<sup>22</sup> DENIS, C.; FATSEAS, M.; LAVIE, E.; AURIACOMBE M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 3. Art. No.: CD005194. DOI: 10.1002/14651858.CD005194.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005194.pub2/abstract>>.

<sup>23</sup> CASTRO, Gustavo Loiola Gomes, et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *Revista Interdisciplinar Uninovafapi*, v. 6, n. 1 (2013). Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>.

<sup>24</sup> AQUINO, D. S. et al. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500027&lng=pt&nrm=iso)>.

<sup>25</sup> DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D.J. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003, Issue 4. Art. No.: CD000127. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000127/abstract;jsessionid=E311052050C31050B897DB5444158370.f01t04>>.