CENBRAP

E-BOOK CLÍNICO / PSIQUIATRIA

Benzodiazepínicos na prática

Quando manter, reduzir
e retirar com segurança

EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

Avaliar antes de decidir

A decisão central

Benzodiazepínicos podem ser úteis em situações selecionadas, mas o benefício inicial não garante que a relação risco-benefício continue favorável.

A decisão deve responder a três perguntas:

- A indicação ainda está presente?
- Existe benefício funcional atual e observável?
- Os riscos continuam aceitáveis para este paciente?

Dependência física pode ocorrer durante o uso terapêutico. Quando houver redução, ela deve ser planejada e gradual.[1][2]

Dependência física não é transtorno por uso

Dependência física é uma adaptação fisiológica à exposição regular e pode ocorrer mesmo quando a medicação foi utilizada conforme prescrição.

Transtorno por uso envolve perda de controle, uso compulsivo, prejuízos e persistência apesar das consequências. Os dois fenômenos podem coexistir, mas não são equivalentes.

Evite linguagem moralizante: o estigma reduz confiança e dificulta uma decisão compartilhada.[1][2]

Quando manter temporariamente

A continuidade pode ser razoável quando existem:

- indicação clínica definida;
- benefício funcional atual;
- dose estável e mínima eficaz;
- ausência de alternativa mais segura com eficácia suficiente naquele momento;
- monitorização e data de reavaliação.

“Usa há muitos anos” não é, por si só, indicação. Uma redução parcial também pode ser um objetivo clínico legítimo.[1][2]

Quando reduzir

A redução deve entrar na conversa quando a condição original se resolveu, o benefício diminuiu, houve escalada sem ganho proporcional ou os danos passaram a superar os benefícios.

Reavalie com maior frequência em idosos, pessoas que usam opioides, pacientes com apneia do sono, quedas, comprometimento cognitivo, gestação ou transtorno por uso de substâncias.[1][2]

Planejar a redução

Avaliação antes da redução

Reconstrua a indicação e registre:

- dose total, horários e duração;
- padrão regular ou intermitente;
- álcool, opioides, Z-drugs e outras substâncias;
- tentativas prévias e sintomas de abstinência;
- convulsões, delirium e comorbidades;
- tratamento atual da ansiedade, insônia, pânico, depressão, dor ou trauma;
- suporte familiar e possibilidade de acompanhamento.[1][2]

Ritmo inicial

A diretriz conjunta sugere considerar, como referência inicial, reduções de 5% a 10% da dose atual a cada duas a quatro semanas. Em geral, a redução não deve exceder 25% a cada duas semanas.[1]

Esses números não formam uma receita fixa. Dose, meia-vida, tempo de uso, comorbidades, experiências anteriores e preferência do paciente modificam o plano.

Por que os passos diminuem

A mesma redução absoluta representa um percentual maior quando a dose já está baixa. Por isso, os passos frequentemente precisam ficar menores no final.

Reduções proporcionais à dose atual podem ser mais toleráveis. Em uso prolongado ou altas doses, a retirada pode durar meses ou anos.

A velocidade correta é aquela que reduz risco sem produzir sofrimento desnecessário ou descompensação clínica.[1][2]

Troca para ação mais longa

A transição para um benzodiazepínico de ação mais longa pode ser considerada em casos selecionados, especialmente diante de oscilações com fármacos de ação curta.

Mas não deve ser automática: equivalências são aproximadas. Idade, função hepática, interações, polifarmácia e resposta individual modificam a decisão.

Em idosos ou hepatopatia relevante, reduzir o próprio fármaco pode ser mais seguro.[1][2]

Monitorar e agir com segurança

O que fazer diante de sintomas

Após cada redução, avalie sono, ansiedade, irritabilidade, tremor, sintomas autonômicos, percepção, cognição e funcionalidade.

Abstinência costuma surgir próxima à mudança de dose e pode ser nova ou qualitativamente diferente dos sintomas originais.

Se houver sofrimento relevante, pause ou desacelere. Use decrementos menores e intervalos maiores. Mantenha o tratamento da condição de base.[1][2]

Situações de maior risco

Considere cuidado especializado ou mais intensivo diante de:

- convulsões ou delirium de abstinência prévios;
- abstinência grave ou complicada prevista;
- instabilidade clínica ou psiquiátrica;
- risco de autoagressão;
- altas doses ou múltiplas substâncias;
- impossibilidade de monitorização ambulatorial segura.

Uso concomitante com opioides exige revisão prioritária e redução de danos.[1]

O que evitar

Evite:

- suspensão abrupta;
- cronograma rígido sem reavaliação;
- culpabilização pela dependência física;
- conversão tratada como matemática exata;
- substituição automática por outra medicação dependógena.

O NICE não recomenda valproato de sódio ou buspirona especificamente para auxiliar a retirada de benzodiazepínicos.[2]

Síntese

Comece devagar e reavalie após cada redução. Ajuste o ritmo pelos sintomas, pela funcionalidade e pela segurança.

Trate ativamente a condição de base. Psicoterapia, intervenções para sono e farmacoterapia não dependógena podem sustentar o processo.

A meta pode ser suspensão completa ou redução suficiente para diminuir riscos. O plano precisa ser seguro e executável.[1][2]

Da decisão à prática

Matriz prática

MANTER

Benefício atual, indicação clara e risco aceitável.

REDUZIR

Risco maior que benefício, ausência de ganho atual ou desejo do paciente.

PAUSAR

Sintomas de abstinência clinicamente relevantes após uma etapa.

ENCAMINHAR

Risco elevado, retirada complicada ou cuidado ambulatorial inseguro.[1][2]

Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP.

Formação médica voltada para raciocínio clínico, avaliação de risco, farmacoterapia e decisões aplicáveis à prática.

EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA.

Referências

1. American Society of Addiction Medicine et al. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. 2025.

2. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. NICE guideline NG215. 2022; recomendações consultadas em 2026.

3. U.S. Food and Drug Administration. FDA requiring Boxed Warning updated to improve safe use of benzodiazepine drug class. Drug Safety Communication. 23 set. 2020.

4. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2023.