

PSIQUIATRIA

Benzodiazepínicos em uso crônico: avaliação clínica, equivalência de doses e estratégias de desmame

CENBRAP | EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

Sumário

Quando usar e oito decisões	2	Reconstruir a exposição	3
Saída clínica e rota	4	Equivalência e primeiro ciclo	5
Monitorização e resposta	6	Populações especiais	7
Caso aplicado	8	Folha clínica	10
Referências	11		

Quando usar este material

Use esta ferramenta diante de um adulto em uso regular de benzodiazepínico quando surgir a pergunta: **manter, reduzir exposição, retirar gradualmente ou adiar a redução com um plano?** O e-book organiza a consulta até o primeiro ciclo de redução e a resposta ao que acontecer depois.

> **Limite:** não é calendário universal nem prescrição individual fechada. Dependência física é esperada após exposição regular e não equivale automaticamente a transtorno por uso. A retirada abrupta ou rápida pode produzir abstinência grave.[1,2]

A ferramenta: oito pontos de decisão

1. Indicação e benefício atuais.
2. Exposição real e outros depressores.
3. Risco de continuar e risco de retirar.
4. Saída clínica explícita.
5. Equivalência aproximada e escolha da rota.
6. Primeiro decremento executável.
7. Métricas, prazo e critérios de pausa.
8. Escalonamento, responsabilidade e próximo passo.

A sequência importa: calcular equivalência antes de saber o objetivo, a exposição real e o ambiente seguro transforma uma tabela em falsa precisão.

1. Reconstrua a exposição antes de tocar na dose

Registre molécula, apresentação, dose por tomada, total diário, horários, uso fixo ou eventual, duração, prescritores, antecipação, doses extras, perdas de receita e tentativas anteriores. Pergunte o que acontece quando uma dose atrasa. Ansiedade, tremor ou mal-estar previsíveis antes da tomada seguinte podem sugerir oscilação interdose.

Confirme álcool, opioides, gabapentinoides, hipnóticos Z, anti-histamínicos sedativos, anticonvulsivantes e outras substâncias depressoras do sistema nervoso central. Acrescente idade, quedas, direção, cognição, apneia do sono, doença respiratória, gestação, função hepática e renal.[1]

Separe dois riscos

Risco de continuar	Risco de retirar
Quedas, acidentes, sedação, prejuízo cognitivo, apneia, doença respiratória e associação com opioides ou álcool.	Uso diário, dose alta, longa duração, ação curta, tentativas difíceis e história de abstinência grave.
Benefício funcional ausente, tolerância, escalada ou prescrição que apenas evita sintomas interdose.	Convulsão ou delirium prévios, múltiplas substâncias, instabilidade clínica ou seguimento frágil.

> Alto risco de continuar **não autoriza retirada abrupta**. Alto risco de retirar **não obriga manutenção indefinida**. A combinação define ambiente, velocidade, suporte e necessidade de coordenação.

2. Feche uma saída clínica

Manter com reavaliação
Benefício funcional atual, risco aceitável, menor dose efetiva e revisão datada. Renovar sem prazo não é manutenção deliberada.

Reduzir exposição
Uma dose menor já pode reduzir quedas, sedação, interação e prejuízo cognitivo. Chegar a zero não precisa ser a primeira meta.

Retirar gradualmente
Indicação cessou, benefício se perdeu, surgiram danos, existe combinação de alto risco ou o paciente deseja interromper.

Adiar com plano
Primeiro estabilize a condição de base, a crise psicossocial ou a capacidade de seguimento. Registre objetivo, prazo e condição para reabrir a decisão.

3. Escolha a rota sem automatizar a conversão

Redução direta
Favoreça quando há estabilidade, pouca oscilação interdose e apresentação que permite pequenos decrementos. Uma variável farmacológica permanece constante.

Transição gradual
Considere quando ação curta, sintomas entre doses, muitas tomadas ou apresentação inviabilizam passos pequenos. Faça em etapas e valide pela resposta.

Idade avançada, hepatopatia e polifarmácia podem tornar um agente de ação longa menos adequado. Alprazolam pode apresentar tolerância cruzada incompleta; piora durante a troca exige interromper a conversão e reavaliar. [1,3]

4. Equivalência: uma aproximação que precisa de freios

Fármaco	Dose aproximada equivalente a diazepam 5 mg
Alprazolam	0,25 mg
Clonazepam	0,25 mg
Lorazepam	0,5 mg
Oxazepam	10 mg
Clordiazepóxido	12,5 mg

Esses valores estimam ordem de grandeza. Fontes divergem e não incorporam metabolismo, idade, função hepática, interações, formulação nem resposta individual. Não substitua toda a dose em um único dia apenas porque a conta "fecha".[1,3]

Como testar uma transição

Substitua frações da dose ao longo do tempo. Sedação excessiva sugere exposição maior que a tolerada; ansiedade, tremor e sintomas interdose podem indicar exposição insuficiente ou mudança rápida. A resposta clínica valida ou refuta a estimativa.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

5. Desenhe somente o primeiro ciclo

Como referência inicial, a diretriz conjunta de 2025 sugere reduções de **5% a 10% da dose atual a cada duas a quatro semanas** e, em geral, evitar reduções superiores a 25% em duas semanas. Isso não é receita fixa. Exposição longa, dose elevada, sintomas intensos, tentativas traumáticas ou vulnerabilidade clínica justificam passos menores e intervalos maiores.[1,4]

Ciclo operacional: dose atual, depois decremento pequeno e mensurável, período de observação e decisão entre avançar, manter, pausar ou diminuir o próximo passo.

Recalcule a proporção em cada etapa

Um corte de 0,25 mg representa 12,5% de uma dose total de 2 mg, mas 25% de uma dose de 1 mg. Repetir o mesmo corte absoluto torna o processo proporcionalmente mais agressivo perto do fim. Antes de prescrever, confirme se comprimido, solução ou formulação disponível permitem medir o passo com segurança.

Não avance apenas porque a data chegou

Sintomas incapacitantes, perda funcional, uso crescente de resgate, quedas, sedação excessiva ou impossibilidade de monitorar exigem pausa e revisão.

6. Faça cada consulta produzir dados

Escolha três a cinco métricas antes da primeira mudança: horas de sono, latência, despertares, crises de pânico, ansiedade interdose, tremor, sintomas autonômicos, uso de resgate, quedas, sonolência, cognição, direção, trabalho e adesão.

Padrão observado	Interpretação útil	Resposta
Início próximo ao decremento, sintomas novos ou qualitativamente diferentes.	Favorece abstinência, sem excluir outra causa.	Manter a dose atual, pausar ou reduzir o próximo passo.
Retorno gradual do padrão anterior e dos mesmos gatilhos.	Favorece recorrência da condição de base.	Tratar o transtorno de base e revisar a meta.
Febre, síncope, dor torácica, déficit focal, hipoxemia ou intoxicação.	Não atribuir automaticamente à abstinência.	Abrir o diagnóstico diferencial médico habitual.

Registre dose, data da mudança, início, pico, duração e resolução do sintoma. A temporalidade costuma informar mais que a intensidade isolada.

7. A piora precisa mudar o plano

Sintomas leves e toleráveis
Mantenha a dose atual, ofereça suporte e só avance após estabilização.

Sintomas que interferem no processo
Pause ou desacelere. O cronograma deve permitir melhora dos sintomas intoleráveis.[1,2]

Falha repetida no mesmo limiar
Revise equivalência, formulação, oscilação interdose, álcool, outros sedativos, apneia, tratamento da condição de base e expectativa de retirada. Uma meta intermediária de menor exposição pode ser clinicamente legítima.

Evento agudo grave
Convulsão, delirium, confusão grave, psicose, instabilidade autonômica importante ou autoagressão aguda exigem avaliação imediata em urgência ou emergência.

História de abstinência complicada, dose muito elevada, múltiplas substâncias ou monitorização insegura pode indicar planejamento hospitalar ou residencial medicamente monitorado, mesmo sem emergência ativa.[1]

8. Populações que alteram ritmo, rota ou ambiente

Adultos com 65 anos ou mais
Quedas, cognição, delirium, direção, polifarmácia e acúmulo de agentes de ação longa pesam mais. Mudanças continuam graduais.

Opioides e outros depressores
Maior risco de depressão respiratória e overdose. Coordene prescritores e reduza riscos concorrentes.

Gestação
Considere a díade materno-fetal, estabilidade materna e riscos da exposição e da retirada. Não aplique regra automática.

Transtorno por uso de substâncias
Trate concorrentemente. Diferencie dependência física de perda de controle, uso apesar de dano e aquisição fora do plano.

Epilepsia ou indicação neurológica
Confirme a indicação e coordene com neurologia. Não extrapole a diretriz para interromper fármaco que participa do controle de crises.

Tratamento que sustenta a retirada

Trate ansiedade, pânico, insônia, trauma, depressão, dor e uso de substâncias de modo concorrente. Terapia cognitivo-comportamental e terapia cognitivo-comportamental para insônia devem ter acesso, frequência, alvo e métrica definidos. Não existe adjuvante farmacológico universal que substitua um ritmo tolerável. [1,2]

9. Caso aplicado: decisão, não receita fechada

Mulher de 62 anos usa alprazolam 1 mg ao deitar e 0,5 mg à tarde há oito anos. Teve duas quedas, apresenta sonolência matinal e ansiedade previsível antes da dose da tarde. Usa tramadol ocasional e vinho nos fins de semana. Não há história de convulsão, delirium ou retirada grave.

Formulação: benefício atual incerto, dano já presente, possível oscilação interdose, interação com outros depressores e dependência física provável. A ansiedade vespertina pode ser condição de base, abstinência interdose ou ambas.

Discriminadores: relação temporal com a tomada, padrão nos dias sem álcool, exposição real a tramadol, sono, apneia, quedas e resposta a um pequeno ajuste.

Ação inicial: interromper o álcool durante o processo e coordenar com o prescritor a necessidade do tramadol, tratar a condição de base e escolher **redução direta no próprio alprazolam** como rota inicial, preservando uma farmacocinética já conhecida. O primeiro decremento deve ficar próximo de 5% a 10% da dose atual, somente se a apresentação permitir medição segura, com revisão em duas a quatro semanas pelas métricas de quedas, sonolência, ansiedade interdose, sono e uso de resgate. Se a oscilação interdose impedir passos toleráveis, reabrir a hipótese de transição gradual.

A evitar: suspensão abrupta, conversão total em um dia, cronograma rígido até zero e aumento automático de outro sedativo.

Se falhar: pausar, rever a hipótese, diminuir o próximo passo ou adotar temporariamente uma meta de menor exposição. Evento agudo grave muda a decisão para urgência ou emergência.

Folha clínica de continuidade do plano

Use como roteiro para impressão ou transcrição no prontuário, de modo que outro médico compreenda o raciocínio e consiga continuar o cuidado.

1. Indicação e benefício atual

2. Exposição real e outros depressores

3. Risco de continuar

4. Risco de retirar e ambiente seguro

5. Saída clínica
manter / reduzir exposição / retirar / adiar com plano

6. Rota e justificativa
mesmo fármaco / transição gradual

7. Primeiro decremento e formulação

8. Métricas e data de revisão

9. Critérios de pausa

10. Urgência, destino e responsáveis

Frase mínima de fechamento: "Mudança X com objetivo Y; reavaliar em Z semanas pelas métricas A/B/C; pausar se D; encaminhar imediatamente se E; responsável pela prescrição: F."

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

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.
3. NHS Specialist Pharmacy Service. Oral benzodiazepines and choosing equivalent doses. Última atualização: 2 jul. 2025.
4. Brunner E, Chen CA, Klein T, et al. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. J Gen Intern Med. 2025;40(12):2814–2859. doi:10.1007/s11606-025-09499-2.

Nota clínica: material educacional dirigido a médicos. A aplicação depende da avaliação individual, da bula vigente, das apresentações disponíveis e dos recursos do serviço.