

Guia Prático

Uso Racional das **Benzodíapinas** na Prática Clínica

Indicações e Utilização

Diferenciação

Descontinuação

Indicações e utilização das benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZD) estão indicadas no tratamento de diversas doenças entre as quais¹⁻⁴:

Indicações de primeira linha

- Anestesia (sedação pré-procedimento)
- Catatonia
- Crise de ansiedade
- Cuidados paliativos (dispneia, agitação terminal)
- Distonia
- Doenças da dor
- Doenças do movimento (espasticidade e distonia)
- Doenças do sono
- Estado de mal epilético
- Privação de álcool e benzodiazepinas

Indicações de segunda linha

- Perturbações de ansiedade
- Convulsões resistentes ao tratamento
- Espasmos musculares agudos
- Insónia (devido a stress agudo, luto ou *jet lag*)
- Perturbação de pânico com crises agudas graves
- Reações agudas ao stress/ ajustamento

Nas **perturbações de ansiedade**, as BZD podem desempenhar um papel relevante no alívio sintomático rápido, **reduzindo sintomas como apreensão, tensão muscular, insónia e ataques de pânico**. Esta eficácia imediata explica a elevada procura por parte dos doentes e a sua prescrição frequente como estratégia de “controlo imediato” dos sintomas^{1,3,4}. No entanto, uma vez que não interferem nos mecanismos fisiopatológicos subjacentes à ansiedade, o consenso atual recomenda que sejam utilizadas apenas como terapêutica adjuvante ou de segunda linha^{1,5,6}.

As **benzodiazepinas estão indicadas sobretudo** como tratamento de curto prazo ou em situações de crise aguda, nomeadamente^{1,5}:

- nas primeiras semanas do tratamento com antidepressivos, atendendo à sua latência de ação;
- enquanto se aguarda acesso à psicoterapia;
- em situações de ansiedade grave e incapacitante.

Neste contexto, o objetivo principal é obter um alívio rápido dos sintomas, melhorar o funcionamento global e aumentar a adesão às estratégias terapêuticas de longo prazo^{1,4}.

Estudos demonstram que a **associação temporária de uma benzodiazepina no início do tratamento** da Perturbação de Pânico ou da Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) **com antidepressivos reduz** as taxas de **abandono e melhora a tolerabilidade** nas primeiras semanas⁷.

Escolher o fármaco mais adequado desde o início do tratamento é um passo fundamental no uso racional das benzodiazepinas, uma vez que permite **minimizar riscos** como sedação excessiva, interações medicamentosas e dificuldades na retirada futura⁶.

Situações onde o **uso de BZD é desaconselhado**^{5,6,8,9}:

- Tratamento prolongado de insónia (>4 semanas);
- Tratamento continuado de perturbações de ansiedade crónicas (PAG, social, pânico) sem plano de descontinuação;
- Uso em doentes com história de abuso de substâncias (exceto no contexto de desabituação);
- Uso como monoterapia em depressão, perturbação de stress pós-traumático ou perturbação bipolar;
- Uso profilático de insónia em idosos (risco elevado de quedas, delírio, défice cognitivo).

Papel das benzodiazepinas em diferentes contextos clínicos, baseado em recomendações internacionais e nacionais sobre ansiedade, insónia e prescrição racional

Contexto Clínico	Papel das benzodiazepinas	Duração recomendada	Pontos-chave
Perturbação de Ansiedade Generalizada	Alívio inicial de sintomas enquanto ISRS começa a atuar	Curto/ médio prazo (2-12 semanas)	Reavaliar risco-benefício antes de renovar; descontinuação gradual
Perturbação de Pânico	Tratamento agudo das crises; adjuvante inicial	Curto/ médio prazo (2-12 semanas)	Planear descontinuação lenta para evitar <i>rebound</i> Evitar SOS; preferir BZD que garantam redução sustentada da ansiedade
Ansiedade Social	Segunda linha ou uso pontual	Uso pontual	Utilizar em casos resistentes e como adjuvante em situações específicas
Reações agudas ao stress / ajustamento	Alívio temporário de ansiedade e insónia	Curto prazo (2-4 semanas)	Evitar perpetuar uso em quadros autolimitados Explicar que se trata de um “tratamento pontual” e estabelecer plano de revisão e descontinuação
Insónia aguda	Tratamento sintomático temporário	Curto prazo (2-4 semanas)	Apenas quando grave/ altamente incapacitante e após medidas comportamentais; preferir toma intermitente; evitar na SAOS
Insónia crónica	Regra geral, não indicadas	-	Tratamento não farmacológico (TCC) é tratamento de 1ª linha
Idosos	Iniciar se estritamente necessário e em dose reduzida	Curto prazo	Risco ↑ de quedas, <i>delirium</i> e défice cognitivo

Adaptado de Bandelow *et al.* 2023¹, Direção-Geral da Saúde 2015⁵, Brandt *et al.* 2024⁶, Quagliato *et al.* 2019⁷, Pottier *et al.* 2018⁸ e Bogunovic & Greenfield 2024⁹

ISRS - inibidores seletivos da recaptção da serotonina

TCC - terapia cognitivo-comportamental

SAOS - Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

Diferenciação entre Benzodiazepinas

AÇÃO CURTA	Propriedades Ansiolíticas	Propriedades Sedativas	Afinidade GABA-A	Dose Equivalente	Semivida (h)	Comentários
Midazolam	+	+++	Alta	Uso agudo	1-4	Início rápido de ação (3-5min via IV), utilizado na indução de anestesia e agitação pós-ECT. Pode provocar hipotensão e amnésia anterógrada.
Triazolam	+	+++	Alta	0,25 mg	1,5-6	Pode provocar amnésia anterógrada com maior probabilidade do que as outras benzodiazepinas. Não deve ser utilizado a longo prazo.
AÇÃO INTERMÉDIA						
Alprazolam	++	+	Alta	0,5 mg	6-16	Ansiolítico: Baixo perfil sedativo. Pode provocar sonolência nas fases iniciais de tratamento ou aumento de dose. Duração da ação clínica pode ser inferior à semivida, requerendo 2-3 tomas diárias nalguns doentes. Risco de abuso. Disponibilidade de formulação XR, com maior duração de ação (semivida superior ao clonazepam) e menor risco de sedação e potencial de abuso.
Bromazepam	++	+	Alta	3 mg	8-30	Ansiolítico: Sedação moderada.
Estazolam	+	+++	n.d.	2 mg	10-24	Hipnótico: Abstinência perigosa. Não deve ser utilizado a longo prazo.
Lorazepam	+++	++	Alta	1 mg	10-20	Ansiolítico e hipnótico: Pode provocar amnésia anterógrada. Duração da ação clínica pode ser inferior à semi vida, requerendo 2-3 tomas diárias nalguns doentes.
Oxazepam	++	+	Baixa	15 mg	6-11	Ansiolítico e hipnótico: Uma das benzodiazepinas mais utilizadas na desintoxicação alcoólica.
Temazepam	+	+++	Baixa	20 mg	4-18	Ansiolítico e hipnótico: Doses superiores a 30mg/dia podem provocar sintomas de privação.
AÇÃO LONGA						
Cetazolam	++	+	Baixa	15 mg	14-100	Ansiolítico: Baixo perfil sedativo.
Clonazepam	++	+	Alta	0,25 mg	18-50	Ansiolítico e anticonvulsivante; Baixo potencial sedativo.
Clorazepato dipotássico	++	+	Média	10 mg	5-120	Ansiolítico: Uma das benzodiazepinas mais utilizadas na desintoxicação alcoólica.
Diazepam	+++	++	Média	5 mg	5-120	Ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular: Possibilidade de formulação de libertação modificada e administração IM, IV e retal. Duração da ação clínica pode ser inferior à semivida, requerendo 2-3 tomas diárias nalguns doentes.
Flurazepam	+	+++	Média	30 mg	2-100	Hipnótico: Início rápido de ação. Possibilidade de sedação diurna com o uso crónico, devido à semivida longa (até 100 horas) e seus metabolitos ativos.
Lofazepato de etilo	++	+	Alta	2 mg	50-100	Ansiolítico: Rápida absorção e elevada afinidade para os receptores GABA-A.
Mexazolam	++	+	Baixa	1 mg	130-200	Ansiolítico: Baixo perfil sedativo. A evidência existente até à data, sugere uma eficácia sobreponível ao alprazolam e superior ao bromazepam. Possibilidade de menor impacto na performance cognitiva.

n.d. - informação não disponível

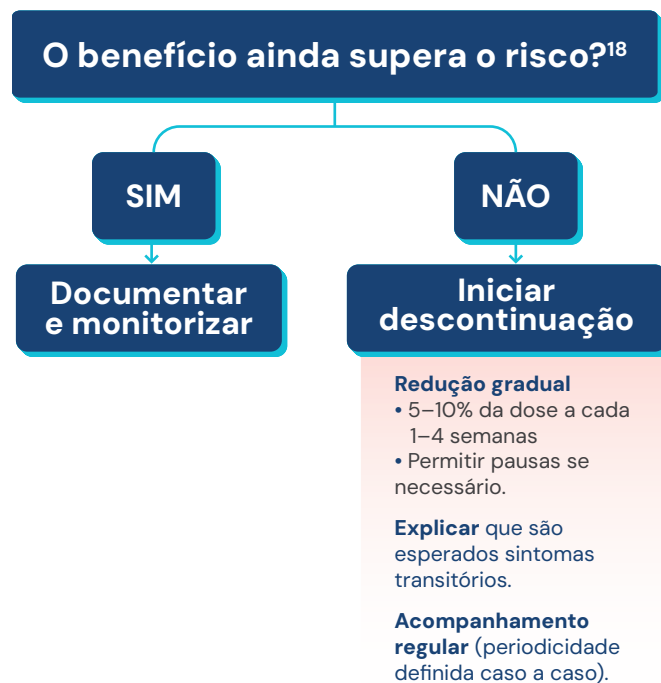
Adaptado de Manual de Tratamento da Ansiedade, Morgado P. et al., 2021¹⁰, do poster *Benzodiazepines pharmacokinetics and its therapeutic implications: a review with emphasis on mexazolam for anxiety treatment*, apresentado por Novais C., 2020 no âmbito do 33rd ECNP Congress, 12-15 September 2020, Virtual¹¹ e de Chambon JP et al 1985¹².



Considerações:

- As BZD de **semivida curta/intermédia** estão associadas a um **maior risco de adição** em comparação com as BZD de semivida longa¹³.
- O uso de BZD de **baixo perfil sedativo** tem o benefício potencial de **menor impacto** a nível do desempenho **psicomotor**¹⁴.
- A **tolerância às BZD** é **mais significativa** para as suas propriedades **sedativas** do que para as suas propriedades **ansiolíticas**¹⁵.
- BZD com **alto grau de afinidade** ao recetor GABA-A parecem ser **mais propensas a abuso e dependência**, associando-se a maior dificuldade de descontinuação^{4,16}.
- Deve **evitar-se a associação** de benzodiazepinas com álcool, opioides ou outros sedativos^{10,17}.
- Deve ser **evitada a prescrição de duas benzodiazepinas diferentes em simultâneo**, ainda que para controlar sintomas distintos⁵.

Descontinuação das Benzodiazepinas



Princípios gerais na descontinuação de benzodiazepinas

A descontinuação das benzodiazepinas é um passo central para a promoção do uso racional destes fármacos. Em todos os **doentes sob utilização prolongada** deve ser realizada **uma reavaliação periódica** da relação **risco-benefício**, questionando **em cada consulta** se os benefícios da manutenção superam os riscos acumulados^{6,8,18}.

Quando considerar manter a benzodiazepina?

A **regra geral é não manter benzodiazepinas cronicamente** para perturbações não progressivas. Contudo, podem existir **situações excecionais** em que a **manutenção em dose baixa e estável** traga **mais benefícios do que riscos**, o que se verifica com maior frequência em situações de ansiedade do que de insónia, nomeadamente em adultos idosos, estáveis há anos, e que tenham apresentado agravamento após múltiplas tentativas de retirada^{8,18}. Nestes casos, a decisão de manutenção da benzodiazepina deve ser documentada e monitorizada regularmente¹⁸.

Decisão partilhada com o doente

A descontinuação deve ser conduzida através de decisão partilhada. É fundamental **explicar as razões** da descontinuação, **avaliar os receios** e reforçar que o processo será gradual e acompanhado^{6,8}. Fornecer informação equilibrada e não alarmista **aumenta** a adesão ao plano terapêutico e aumenta a probabilidade de **sucesso** da descontinuação⁶.

Duração e velocidade da redução

A suspensão nunca deve ser abrupta, exceto em situações de emergência clínica. A **redução deve ser gradual e individualizada**^{8,18}. A interrupção súbita pode desencadear síndrome de abstinência com ansiedade intensa, insónia marcada, irritabilidade, tremores e, em casos graves, convulsões^{18,19}.

A **velocidade de redução depende** principalmente da duração do tratamento, da dose utilizada e das características do doente^{8,18}.

Tempo de Uso	Duração do Plano de Descontinuação
< 4–8 semanas	2 semanas ou suspensão simples em doses baixas
2–6 meses	Pelo menos 4 semanas
6–12 meses	Pelo menos 8 semanas
> 1 ano	Pelo menos 2 a 6 meses, podendo prolongar-se até 12 meses (ou mais)

A **redução** deve preferencialmente ser **proporcional** (5–10% da dose a cada 1–4 semanas), tornando-se mais lenta à medida que a dose se aproxima de zero^{8,18}. Podem ser feitas **pausas temporárias** no desmame se **surgirem sintomas** significativos¹⁸.

A **retirada** de fármacos de **semivida longa** costuma ser **mais fácil**, e associada a menor risco de abstinência²⁰. Por esse motivo, as **benzodiazepinas de ação longa** (ex.: mexazolam ou diazepam) são **preferidas para realizar a descontinuação**.

Em caso de dificuldade com benzodiazepinas de ação curta ou intermédia, pode considerar-se a **conversão gradual para uma benzodiazepina de semivida longa**, permitindo reduções mais suaves^{18,21}.

A substituição deverá ser efetuada por **dose equivalente ou ligeiramente superior**²².

Sintomas de privação

- Os sintomas mais frequentes incluem ansiedade, insónia, irritabilidade e manifestações somáticas leves. Estes sintomas surgem geralmente poucos dias após a redução e **tendem a atenuar-se em 1 a 2 semanas**¹⁹. A **explicação prévia** destes sintomas é essencial para evitar interpretações erradas, como a recaída da doença de base⁸.

Diferenciação entre privação e recorrência

- Os **sintomas de privação** surgem **rapidamente após a redução** e são **transitórios**. A **recorrência** da perturbação de base tende a surgir de forma **mais gradual e persistente**¹⁸. Esta distinção é essencial para evitar o abandono prematuro do plano de descontinuação.

Acompanhamento e suporte

- O **seguimento** clínico deve ser **regular**, especialmente nas **primeiras semanas**⁸. A associação de intervenções psicoterapêuticas, como **terapia cognitivo-comportamental**, melhora as taxas de **sucesso da descontinuação**^{6,8}.

Casos complexos

- Doentes com uso recreativo de benzodiazepinas, doses muito elevadas ou policonsumo devem ser **referenciados** para avaliação por Psiquiatria¹⁸.

Seguimentos após descontinuação

- Recomenda-se o **seguimento clínico nos 3 a 6 meses** subsequentes à suspensão completa da benzodiazepina, bem como a **manutenção e otimização dos tratamentos da doença de base**^{6,8}, evitando reintroduções ocasionais. A descontinuação bem-sucedida pode estar associada a melhorias cognitivas e funcionais, particularmente em doentes idosos⁹.

Referências

1. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DL da C, Denys D, Dilbaz N, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79–117.
2. Kienitz R, Kay L, Beuchat I, Gelhard S, von Brauchitsch S, Mann C, et al. Benzodiazepines in the Management of Seizures and Status Epilepticus: A Review of Routes of Delivery, Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability. *CNS Drugs*. 2022;36(9):951–75.
3. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):839–54.
4. Dubovsky SL, Marshall D. Benzodiazepines Remain Important Therapeutic Options in Psychiatric Practice. *Psychother Psychosom*. 2022;91(5):307–34.
5. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Lisboa: DGS; 2015.
6. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *EClinicalMedicine*. 2024;70:102507.
7. Quagliato LA, Cosci F, Shader RI, Silberman EK, Starcevic V, Balon R, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in panic disorder: A meta-analysis of common side effects in acute treatment. *J Psychopharmacol*. 2019;33(11):1340–51.
8. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):339–51.
9. Bogunovic OJ, Greenfield SF. Practical geriatrics: Use of benzodiazepines among elderly patients. *Psychiatr Serv*. 2004;55(3):233–5.
10. Morgado P. Manual de Tratamento da Ansiedade. 1a Ed. Lidel; 2021.

11. Novais C. P.459 –Benzodiazepines pharmacokinetics and its therapeutic implications: a review with emphasis on mexazolam for anxiety treatment. Poster apresentado no âmbito do 33º Congresso ECNP; 12–15 Setembro 2020, Virtual.
12. Chambon JP, Perio A, Demarne H, et al. Ethyl loflazepate: a prodrug from the benzodiazepine series designed to dissociate anxiolytic and sedative activities. *Arzneimittel-forschung*. 1985 ;35(10):1573–1577. PMID: 2866771.
13. Hallfors DD, Saxe L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *Am J Public Health*. 1993 Sep;83(9):1300–4.
14. Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Rev. Neurother* 2014; 14(11): 1–12.
15. Cheng, Tianze et al. Valium without dependence? Individual GABAA receptor subtype contribution toward benzodiazepine addiction, tolerance, and therapeutic effects. *Neuropsychiatric disease and treatment* vol. 14 1351–1361. 23 May. 2018.
<https://www.zotero.org/google-docs/?NrgkCb>. Consultado a 2026.03.25.
16. Preskorn SH. A Way of Conceptualizing Benzodiazepines to Guide Clinical Use. *J Psychiatr Pract*. 2015 Nov;21(6):436–41.
17. Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B – Benzodiazepines [Internet]. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners; 2015. Available from:
<https://www.racgp.org.au/getattachment/1beeb924-cf7b-4de4-911e-f7dda3e3f6e9/Part-B.aspx>– Consultado a 2026.03.25.
18. Brunner E, Chen CYA, Klein T, Maust D, Mazer-Amirshahi M, Mecca M, et al. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. *J Gen Intern Med*. 2025;40(12):2814–59.
19. Chouinard G. Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 5:7–12.
20. Greenblatt DJ, Shader RI, Divoll M, Harmatz JS. Benzodiazepines: a summary of pharmacokinetic properties. *Br J Clin Pharmacol*. 1981;11 Suppl 1:11S–16S.12.
21. Fernandes H, Moreira R. Mexazolam: clinical efficacy and tolerability in the treatment of anxiety. *Neurol Ther*. 2014;3(1):1–14.
22. Liebrezn M, Boesch L, Stohler R, Caffisch C. Agonist substitution – a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*. 2010 Nov;105(11):1870–4.

Autores:

Pedro Morgado
Joana Monteiro