

Este Anexo ao Boletim Terapêutico “Utilização de Benzodiazepinas: Um grave problema de saúde pública” destina-se a auxiliar os médicos no tratamento de doentes que cessam o uso de benzodiazepinas. Resume a evidência disponível sobre a descontinuação de BZD, apresentando estratégias práticas, adaptadas à realidade nacional, de cessação das mesmas, e formas de minimizar a síndrome de abstinência associada à sua descontinuação.

O Anexo II, folheto dirigido ao doente, " Porque deve parar a toma de calmantes (benzodiazepinas)?" tem dois objetivos principais:

1. Ajudar os doentes a decidir se devem, com a sua assistência, cessar as benzodiazepinas que tomam.
2. Apresentar estratégias mais pormenorizadas para ajudar o doente a lidar com a abstinência.

Este folheto deve ser fornecido aos doentes durante a consulta em que a descontinuação destes medicamentos é abordada ou enviado juntamente com a carta anexa, apelando à cessação de BZD.

### I. ETAPAS DA DESCONTINUAÇÃO GRADUAL DE BENZODIAZEPINAS

#### Etapa 1. Reavalie o tratamento com BZD.

É fundamental reavaliar periodicamente a manutenção da necessidade e os resultados clínicos, de efectividade e segurança, do tratamento com BZD. Nos doentes que tiveram uma resposta adequada nas doses e duração de tratamento previstos, é importante interromper gradualmente esta medicação. Nos doentes que procuram prescrições de repetição de BZD ou naqueles em que considerar que a prescrição destes fármacos deixou de ser adequada deverá ser ponderada a descontinuação gradual das BZD.

Todavia, o início de um programa de desabitação deve ser cuidadosamente equacionado. Haverá situações clínicas em que, pela sua gravidade e ou especificidade, a cessação de BZD poderá não estar indicada.

Doentes com epilepsia medicados com BZD prescritas como anti-epiléticos não devem ser considerados para o programa de desabitação.

#### 1. Verifique se há resolução do problema para o qual a BZD foi originalmente prescrita - Se a sintomatologia

de ansiedade, insónia ou depressão persistir, deverão ser abordados antes de se tentar descontinuar as BZD.

#### 2. Verifique a existência e o nível de dependência - Este depende do tempo de consumo, da dose, semi-vida média e potência da BZD e das características do doente. Averigüe se existem critérios de dependência pela CID 10 (ver Tabela 1). Se existirem:

- a) A estratégia de desabitação a propor tem que ser mais cautelosa.
- b) Avalie em qual das categorias a pessoa se encaixa:
  - Utilizadores de doses "terapêuticas", mesmo que a longo termo, geralmente prescritas inicialmente para insónia ou ansiedade.
  - Aqueles que abusam da sua prescrição ou obtêm a medicação por outras vias. Este grupo tende a usar doses elevadas, podendo também abusar de outras substâncias; preenche critérios de referenciação (ver ponto 3).

#### 3. Avalie a existência de comorbilidades - Naqueles com abuso de substâncias ou doença psiquiátrica grave, a descontinuação não deverá ser efetuada em cuidados de saúde primários, mas sujeita a referenciação para serviços de psiquiatria. Ver Parte II – Referenciação de doentes.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico de dependência da CID – 10 (adaptado de <sup>12</sup>)

Critérios de diagnóstico de dependência da CID - 10
<b>Um diagnóstico de dependência da substância em causa deve ser feito se ≥ 3 das seguintes condições está presente simultaneamente:</b>
- Um desejo intenso (ou compulsivo) de tomar a substância;
- Dificuldades em controlar a toma da substância no que se refere ao seu início, toma ou terminação, ou nível de uso;
- Sintomatologia de abstinência quando a substância deixou de ser tomada ou foi reduzida a sua dosagem, manifestada por síndrome característico de abstinência, ou uso da substância ou outra substância similar com a intenção de alívio ou redução da sintomatologia de abstinência;
- Evidência de tolerância, manifestada por aumento de doses da substância psicoativa para manter os mesmos efeitos atingidos inicialmente com dosagens mais baixas;
- Progressivo desinteresse de alternativas ou interesses agradáveis devido ao uso de substância psicoativa, ou aumento do tempo necessário para a sua aquisição ou recuperação dos seus efeitos;
- Persistência do uso de substância, apesar de evidência de consequências nefastas, quer a nível fisiológico, quer cognitivo e comportamental (o cidadão deve ter conhecimento consciente e pleno destas consequências para o requisito deste item).

## Etapa 2. Prepare o doente para a cessação da BZD

Poderá começar pelas denominadas estratégias de intervenção mínima (envio de uma carta personalizada e/ou agendamento de uma consulta de aconselhamento e informação, apelando à cessação das BZD).

Em anexo encontram-se dois modelos de cartas dirigidas aos doentes.

Idealmente no contexto da consulta poderá, após abordagem com o doente, disponibilizar o Anexo II “Porque deve parar a toma de calmantes (benzodiazepinas)?”. A primeira parte deste folheto procura dar informação ao doente para a toma de uma decisão informada, alertando quanto aos riscos do uso continuado de BZD. Se o doente estiver recetivo a reduzir ou a parar a medicação, a segunda parte do documento ajudará a reforçar o seu conselho e instrução.

Deverá posteriormente avaliar os seguintes aspetos:

1. **Momento certo para iniciar um programa de cessação**  
É preferível fazê-lo numa altura em que não existam factores acrescidos de stresse na vida do doente.
2. **Motivação do doente em parar de usar ou reduzir a dose da BZD** - A evidência sugere que aqueles que têm um compromisso claro e apoio dos parceiros na relação terapêutica têm um melhor prognóstico e são menos propensos a recaídas. É importante que motive o doente e o ajude a avaliar a relação risco/ benefício da cessação de BZD. Para tal deverá:
  - Informá-lo que os benefícios da medicação são limitados no tempo e que o prolongar do tratamento condiciona mais riscos que benefícios, incluindo a dependência, a síndrome de abstinência e alguns dos efeitos adversos a longo prazo (risco de quedas, acidentes e alterações na memória)
  - Conseguir que se implique na decisão de descontinuar a terapêutica

## Etapa 3. Selecione o regime de descontinuação e discuta-o com o doente

Independentemente da estratégia selecionada, é importante que a suspensão da terapêutica com BZD seja realizada através de um esquema gradual e flexível, adaptada às necessidades do doente.

### 1. Aspetos a considerar no esquema de descontinuação:

- 1.1. O **tempo** de redução da dose será tanto mais longo quanto maior for a dependência. É importante realçar ao doente que este processo não é uma corrida contra o tempo, e que o importante são os resultados a longo prazo. O regime de descontinuação deve ser titulado

tendo em conta a o grau de dependência e a gravidade dos sintomas de abstinência. Existem doentes que poderão necessitar de cerca de 1 ano para finalizar o processo. Para uma minoria de doentes, um período de 4 a 6 semanas pode ser suficiente para a cessação.

### Critérios sugestivos da possibilidade de uma suspensão de BZD mais rápida

- Utilização de BZD há menos tempo ou em dosagens baixas
  - Ausência de sintomas de abstinência, ou apenas sintomatologia mínima, aquando da redução inicial da BZD
  - Ausência de epilepsia, alcoolismo ou toxicodependência
  - Sem critérios de dependência pelos critérios do CID-10
  - Sem sintomatologia depressiva ou ansiosa presente, ou outra doença psiquiátrica
  - Motivação para iniciar a desabituação
- 1.2. A **dose total diária** deverá ser reduzida em cerca de 10% a 25%, a cada 2-3 semanas, até à suspensão total. A redução da dose será tanto menor quanto maior for a dependência. Para aqueles que requerem reduções mais lentas, são normalmente apropriadas reduções semanais de cerca de 5-10%. Adiante propõe-se um esquema prático de desabituação baseado nestes princípios gerais.
  - 1.3. Se **presentes critérios de dependência pela CID-10**, considerar um esquema de retirada mais lento, com períodos de **diminuição de dose de BZD a cada 4 semanas**.
  - 1.4. Quando surgem sintomas sugestivos da **síndrome de abstinência** deve-se manter o doente numa determinada dose até que os sintomas cessem, e não reverter para doses superiores, mesmo quando a sintomatologia de abstinência é mais acentuada.
  - 1.5. Para os doentes com prescrição de **BZD em múltiplas doses diárias**, no esquema de desabituação essas doses diárias devem também ser administradas nos mesmos intervalos (preferencialmente até um máximo de quatro vezes ao dia). A dose noturna deverá ser a última a ser suprimida para se reduzir a gravidade da insónia *rebound*. A dose preconizada deverá atender às formulações existentes no mercado e à possibilidade de subdivisão das mesmas.
- 2. Determinar se há lugar à substituição por diazepam**

2.1.1. A conversão para diazepam visa minimizar os sintomas de abstinência que possam ocorrer. De notar que as BZD de semivida curta podem induzir mais frequentemente síndromes de abstinência.

2.1.2. Como **regra geral** é efetuada a conversão para diazepam se a BZD tiver uma duração de ação curta ou intermédia (ex. alprazolam, lorazepam), para formulações que não permitem pequenas reduções na dose (como as de flurazepam e loperazolam) e para doentes que experienciem dificuldade na descontinuação direta devido a elevado grau de dependência.

2.1.3. O triazolam é a **única exceção à regra** de descontinuação lenta e gradual das BZD, dado ser eliminado tão rapidamente (tempo de semi-vida de 2h) que se considera que todos os dias é descontinuado após a dose da noite anterior. Assim, o triazolam pode ser suspenso sem recurso à substituição por diazepam. Caso ocorram sintomas e abstinência, poderá ser instituído um curto esquema com diazepam 10mg a partir do qual se faz a descontinuação gradual. Esta mesma abordagem aplica-se ao análogo das BZD zolpidem, que apresenta, igualmente, uma semi-vida de 2 horas.

2.1.4. Não há necessidade de conversão para diazepam se a BZD for de longa duração de ação, e a desabitação puder ser faseada com apresentações do mesmo princípio ativo (ex. clordiazepóxido).

## 2.2. Se houver lugar à substituição por diazepam:

### 2.2.1. Determinar a equivalência da BZD para diazepam.

- a) Se a toma de BZD for **equivalente a <50 mg de diazepam**, a desabitação pode ser realizada nos CSP.

A Tabela 2 apresenta as doses equivalentes aproximadas de diazepam e as restantes BZD. Devido às diferenças interindividuais no metabolismo destes fármacos, a dose equivalente exata poderá variar de doente para doente. Os valores da tabela deverão ser utilizados apenas como um guia geral. Quando é feita a conversão para o diazepam, o doente deve ser estabilizado com a dose equivalente de diazepam antes de iniciar a redução de dose.

- b) Se a toma de BZD for **equivalente a  $\geq 50$  mg de diazepam**, efetuar a desabitação em contexto hospitalar, devendo o doente ser referenciado para os serviços de psiquiatria.

### 2.2.2. Orientações para a descontinuação de BZD recorrendo à substituição por diazepam:

*(Ver exemplos de esquemas práticos de descontinuação adiante indicados)*

- a) Iniciar a conversão, **substituindo uma dose da BZD atual para a equivalente a 5 mg de diazepam de cada vez**. A toma de diazepam deve ser à noite, dado esta ser uma BZD com marcado efeito sedativo. Manter a dose de diazepam noturna superior às doses diurnas (em equivalentes de diazepam).
- b) A dose da BZD atual será progressivamente reduzida até zero, por substituição pelo equivalente de diazepam.
- c) Quando o esquema conter apenas diazepam, iniciar a sua redução em 5 mg a cada 2 semanas, até atingir a dose equivalente de 30 mg de diazepam.
- d) A partir da dose equivalente de 30 mg de diazepam, efetuar reduções de 2.5 mg a cada 2 semanas.
- e) Quando se atingir os 10 mg de diazepam pode considerar fazer só dose noturna; esta opção passa a regra a partir da dose total diária de 5 mg de diazepam.
- f) Quando for atingida a dose de 2.5 mg, reduzir para metade durante 4 semanas e então parar.
- g) Se houver sintomas de abstinência, alargar o prazo de redução de 2 para 4 semanas ou, eventualmente, períodos superiores se necessário, de acordo com o grau de dependência, mas não aumentar a dose.

Em anexo encontram-se alguns exemplos de esquemas de descontinuação de BZD, com e sem recurso a substituição por diazepam.

**Tabela 2.** Tabela de conversão das benzodiazepinas para diazepam 5 mg. *Adaptado das referências 6-8*

DCI	INDICAÇÃO	METABOLISMO	DOSE EQUIVALENTE APROXIMADA A 5MG DE DIAZEPAM
Ação curta (<8 horas)			
Brotizolam	Hipnótico	Oxidação	0,25 mg
Midazolam	Hipnótico	Oxidação	7,5 mg
Triazolam	Hipnótico	Oxidação	0,25 mg
Ação intermédia (8-24h)			
Loprazolam	Hipnótico	Conjugação	0,5 - 1 mg
Oxazepam	Ansiolítico	Conjugação	15 mg
Alprazolam	Ansiolítico	Oxidação	0,5 mg
Bromazepam	Ansiolítico	Oxidação	3 mg
Lorazepam	Ansiolítico/ Hipnótico	Conjugação	1 mg
Estazolam	Hipnótico	Oxidação	0,5 - 1 mg
Temazepam	Hipnótico	Conjugação	10 mg
Ação longa (> 24 horas)			
Clorazepato dipotássico	Ansiolítico	Oxidação	7,5 mg
Clordiazepóxido	Ansiolítico	Oxidação	10 mg
Flurazepam	Hipnótico	Oxidação	15 mg

**3. Entregue a pauta com o esquema de desabitação adaptado ao doente e informação sobre as medidas higiénicas do sono** (Tabela 3)

Considera-se útil a elaboração de um esquema específico de desabitação adaptado e negociado com o doente, baseado nos exemplos em anexo.

Em situações de recursos escassos, o envio da pauta com o regime de descontinuação em conjunto com a carta apelando à interrupção de BZD, sem necessidade de consulta prévia com o doente, é uma alternativa com resultados demonstrados.

**Tabela 3.** Medidas higiénicas do sono. *Adaptado das referências 9 e 10*

MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO	
Fazer	Evitar
Ir para a cama só quando se tiver sono	Atividades stressantes antes de se deitar
Levantar-se todos os dias à mesma hora, incluindo aos fins-de-semana	Refeições abundantes antes de se deitar
Manter condições ambientais de luz, som e temperatura adequadas ao sono	Sestas durante o dia
Praticar exercícios de relaxamento antes de se deitar	Ou reduzir o consumo de álcool, hipnóticos ou cafeína
Praticar exercício físico moderado no final da tarde	Ficar na cama depois de despertar de manhã
Tomar um banho relaxante antes de se deitar	

**4. Mantenha um registo das datas em que a prescrição deve ser renovada, para aferir se o doente está a aderir ao regime combinado.**

Caso tal não ocorra, podem sugerir-se esquemas de dispensação especiais (por exemplo, semanalmente, duas vezes por semana ou mesmo diariamente) na unidade de saúde ou na farmácia comunitária.

**Etapa 4. Avaliar clinicamente os resultados da interrupção da BZD**

Idealmente deveriam ser realizadas visitas de seguimento a cada 2-4 semanas durante o processo de suspensão das BZD, preferencialmente nos períodos previstos de mudança de dose, para análise dos resultados obtidos e reforço da

necessidade da suspensão da medicação. No entanto, por serem muito consumidoras de recursos, poderão ser mais espaçadas ou substituídas por outras formas de acompanhamento. Em relação aos resultados, 3 situações poderão surgir:

- Se a sintomatologia de mantiver ausente, a descontinuação gradual foi bem-sucedida.
- Se aparecerem sintomas de abstinência, atrasa-se por algumas semanas a passagem para o escalão seguinte de redução de dose.
- Se houver um retorno da sintomatologia, recomenda-se a utilização intermitente ou em SOS da BZD a ser substituída.

### II. REFERENCIAÇÃO DE DOENTES

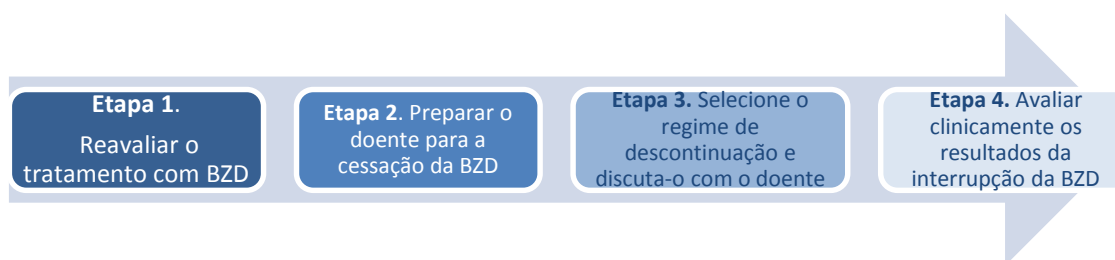
Devem ser referenciados para serviços de Psiquiatria, os seguintes doentes por serem mais adequados para descontinuação em internamento:

- Dose de BZD diária superior ao equivalente a 50 mg de diazepam por dia
- Doentes com dose de BZD equivalente a < 50 mg de diazepam mas com morbilidade psiquiátrica justificativa de referenciação (incluindo alcoolismo, epilepsia e toxicoddependência)
- Transtorno de personalidade antisocial

- Histórico de convulsões associado a abstinência
- Falha anterior na desintoxicação em ambulatório
- Doentes com epilepsia e que façam BZD para outras indicações
- Doentes que são incapazes de negociar a descontinuação de BZD com o médico de Medicina Geral e Familiar
- Preferência do doente por este processo, após o consentimento informado
- Doentes com dependência atual de álcool ou drogas

A assistência e o aconselhamento podem ser prestados pelo SICAD (nacional)/ DICAD (regional).

**Figura 1.** Principais etapas da estratégia de descontinuação gradual de benzodiazepinas



Nas páginas seguintes encontram-se algumas ferramentas auxiliares à descontinuação de BZD

1. Exemplos de esquemas de descontinuação de BZD são dados apenas como orientação. O esquema de redução de dose deve ser adaptado às características de cada doente.
2. Dois modelos de cartas ao doente
  - Modelo 1. Carta ao doente para descontinuação de BZD, com marcação de consulta
  - Modelo 2. Carta ao doente para descontinuação de BZD, com suspensão a realizar pelo próprio

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benzodiazepines: Information for GPs. Department for Health and Ageing, Government of South Australia. August 2014. Disponível em: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/dbd6d500407749f193d6bb222b2948cf/Benzodiazepines+-GPs+2017.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=dbd6d500407749f193d6bb222b2948cf>; acessado a 27.02.2017
2. Rull G, Harding M, Huins H. Benzodiazepine Dependence. Rev Out 2014. Disponível em: <http://m.patient.media/pdf/215.pdf?v=636221004600287062>; acessado a 27.02.2017
3. Ashton CH. Benzodiazepine equivalency table. Available at <http://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>; acessado a 27.02.2017
4. Benzodiazepine: Equivalency/Half-Life/Dose Chart. Disponível em: <http://www.bluelight.org/vb/threads/99918-Benzodiazepine-Equivalency-Half-Life-Dose-Chart>; acessado a 27.02.2017
5. British National Formulary: 4.1 Hypnotics and anxiolytics. Benzodiazepine guidance. Revised November 2013. Disponível em: <http://www.benzo.org.uk/BNF.htm>; acessado a 27.02.2017
6. Ashton CH. Benzodiazepines: How they work and how to withdraw. Revised August 2002 (aka The Ashton Manual), Disponível em: <http://www.benzo.org.uk/manual/bzsched.htm>; acessado em 27.02.2017
7. Guaiana G, Barbui C. Discontinuing benzodiazepines: best practices. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016 Jun;25(3):214-6. 26818890.
8. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 11;5:CD009652.
9. Andía A, Romero I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. Vol. 22, Nº 2 Abr-Jun 2014.
10. Haute Autorite de sante. Ministere des Affaires sociales et de la sante. Troubles du sommeil: stop a la prescription systematique de somniferes chez les personnes agees
11. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials. British Journal of Psychiatry, 2014, 204(2), 98–107.
12. ICD-10 Diagnostic guidelines. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/); acessado a 27.04.2017
13. Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. N Engl J Med 2017; 376:1147-1157.

EXEMPLOS DE ESQUEMAS DE DESCONTINUAÇÃO DE BZD

**Exemplo 1:** Descontinuação simples de lorazepam 2,5mg diários (considerou-se que 2,5mg lorazepam é aproximadamente equivalente a 12,5mg diazepam)

Etapas	Manhã	Tarde	Noite	Dose equivalente diária de diazepam
<b>Dose inicial</b>	-	-	Lorazepam 2.5 mg	12.5 mg
<b>Etapa 1</b> 2-4 semanas	-	-	Lorazepam 2 mg + Diazepam 2,5 mg	12.5
<b>Etapa 2</b> 2-4 semanas	-	-	Lorazepam 1.5 mg + Diazepam 5 mg	12.5
<b>Etapa 3</b> 2-4 semanas	-	-	Lorazepam 1 mg + Diazepam 5 mg	10 mg
<b>Etapa 4</b> 2-4 semanas	-	-	Lorazepam 0.5 mg + Diazepam 5 mg	7.5mg
<b>Etapa 5</b> 2-4 semanas	-	-	<b>Parar lorazepam</b> Diazepam 5 mg	5 mg
<b>Etapa 6</b> 2-4 semanas	-	-	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	2.5 mg
<b>Etapa 7</b> 2-4 semanas	-	-	Diazepam 1.25 mg (1/4 comp)	1.25 mg
<b>Etapa 8</b> 2-4 semanas	-	-	<b>Parar diazepam</b>	

**Exemplo 2:** Descontinuação simples de clordiazepóxido 25mg 3xdia (75mg/dia)

ETAPAS	Manhã	Almoço	Noite
Dose inicial	clordiazepóxido 25mg	clordiazepóxido 25mg	clordiazepóxido 25mg
Etapa 1 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 25mg	clordiazepóxido 20mg	clordiazepóxido 25mg
Etapa 2 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 20mg	clordiazepóxido 20mg	clordiazepóxido 25mg
Etapa 3 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 20mg	clordiazepóxido 20mg	clordiazepóxido 20mg
Etapa 4 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 25mg	clordiazepóxido 5mg	clordiazepóxido 25mg
Etapa 5 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 25mg	Parar clordiazepóxido	clordiazepóxido 25mg
Etapa 6 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 20mg	--	clordiazepóxido 25mg
Etapa 7 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 20mg	--	clordiazepóxido 20mg
Etapa 8 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 15mg	--	clordiazepóxido 20mg
Etapa 9 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 15mg	--	clordiazepóxido 15mg
Etapa 10 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 10mg	--	clordiazepóxido 15mg
Etapa 11 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 10mg	--	clordiazepóxido 10mg
Etapa 12 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 5mg	--	clordiazepóxido 10mg
Etapa 13 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 5mg	--	clordiazepóxido 5mg
Etapa 14 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 2.5mg (½ comp)	--	clordiazepóxido 5mg
Etapa 15 (1-2 semanas)	clordiazepóxido 2.5mg (½ comp)	--	clordiazepóxido 2.5mg (½ comp)
Etapa 16 (1-2 semanas)	Parar clordiazepóxido	--	clordiazepóxido 2.5mg (½ comp)
Etapa 17	--	--	Parar clordiazepóxido

**Exemplo 3:** Descontinuação de Alprazolam 3mg diários com substituição por diazepam (considerou-se que 3mg alprazolam é aproximadamente equivalente a 30mg diazepam)

Etapas	Manhã	Tarde	Noite	Dose equivalente diária de diazepam
<b>Dose inicial</b>	Alprazolam 1mg	Alprazolam 1mg	Alprazolam 1mg	30 mg
<b>Etapa 1</b> 1-2 semanas	Alprazolam 1mg	Alprazolam 1mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	30 mg
<b>Etapa 2</b> 1-2	Alprazolam 1mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	30 mg
<b>Etapa 3</b> 1-2	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	30 mg
<b>Etapa 4</b> 2 semanas	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	<b>Parar alprazolam</b> Diazepam 10 mg	30 mg
<b>Etapa 5</b> 2 semanas	Alprazolam 0.5mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.25mg + Diazepam 5 mg	Diazepam 10 mg	27.5 mg
<b>Etapa 6</b> 2 semanas	Alprazolam 0.25mg + Diazepam 5 mg	Alprazolam 0.25mg + Diazepam 5 mg	Diazepam 10 mg	25 mg
<b>Etapa 7</b> 2 semanas	Alprazolam 0.25mg + Diazepam 5 mg	<b>Parar alprazolam</b> Diazepam 5 mg	Diazepam 10 mg	22.5 mg
<b>Etapa 8</b> 2 semanas	<b>Parar alprazolam</b> Diazepam 5 mg	Diazepam 5 mg	Diazepam 10 mg	20 mg
<b>Etapa 9</b> 2 semanas	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	Diazepam 5 mg	Diazepam 10 mg	17.5 mg
<b>Etapa 10</b> 2 semanas	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	Diazepam 10 mg	15 mg
<b>Etapa 11</b> 2 semanas	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	<b>Parar diazepam</b>	Diazepam 10 mg	12.5 mg
<b>Etapa 12</b> 2 semanas	<b>Parar diazepam</b>	-----	Diazepam 10 mg	10 mg
<b>Etapa 13</b> 2 semanas	-----	-----	Diazepam 7.5 mg (1+½ comp)	7.5 mg
<b>Etapa 14</b> 2 semanas	-----	-----	Diazepam 5 mg	5 mg
<b>Etapa 15</b> 2 semanas	-----	-----	Diazepam 2.5 mg (½ comp)	2.5 mg
<b>Etapa 16</b>			Diazepam 1.25 mg (1/4 comp)	1.25 mg
<b>Etapa 17</b> 2 semanas			<b>Parar diazepam</b>	

Data

Unidade de Saúde

ACES

Morada

Exmo. Senhor / Senhora \_\_\_\_\_

Um dos medicamentos que está a tomar é \_\_\_\_\_ (nome comercial da BZD) numa dose de \_\_\_\_ comprimidos/ dia. Este medicamento pertence ao grupo das benzodiazepinas e medicamentos relacionados.

A análise da sua história clínica sugere que poderia deixar de tomar este medicamento sem que se alterasse a sua saúde ou bem-estar. Na verdade, sabemos hoje que a eficácia das benzodiazepinas diminui consideravelmente à medida que se prolonga a sua utilização, como é o seu caso.

Além disso, estes fármacos podem ter efeitos prejudiciais, especialmente em idosos: podem causar quedas, problemas de memória e aumentar o risco de acidentes entre os condutores que os tomam.

Sugiro que juntos vamos reduzindo gradualmente o consumo deste medicamento, para suspendê-lo, se tudo correr bem, em algumas semanas. Para evitar problemas, é muito importante que esta suspensão se faça progressivamente com supervisão médica.

Para ajudá-lo, elaborei um programa de descontinuação gradual, que gostaria que visse comigo na próxima consulta, que agendei para \_\_\_\_\_. Se a data for inconveniente, por favor telefone para remarcarmos.

Estou disponível para responder a todas as suas questões.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_



Data

Unidade de Saúde

ACES

Morada

Exmo. Senhor / Senhora \_\_\_\_\_

Um dos medicamentos que está a tomar é \_\_\_\_\_ (nome comercial da BZD) numa dose de \_\_\_\_ comprimidos/ dia. Este medicamento pertence ao grupo das benzodiazepinas e medicamentos relacionados.

A análise da sua história clínica sugere que poderia deixar de tomar este medicamento sem que se alterasse a sua saúde ou bem-estar. Na verdade, sabemos hoje que a eficácia das benzodiazepinas diminui consideravelmente à medida que se prolonga a sua utilização, como é o seu caso.

Além disso, estes fármacos podem ter efeitos prejudiciais, especialmente em idosos: podem causar quedas, problemas de memória e aumentar o risco de acidentes entre os condutores que os tomam.

Sugiro que juntos vamos reduzindo gradualmente o consumo deste medicamento, para suspendê-lo, se tudo correr bem, em algumas semanas. Para evitar problemas, é muito importante que esta suspensão se faça progressivamente com supervisão médica.

Incluí alguns folhetos que explicam o motivo deste pedido e envio um calendário para a suspensão do medicamento que o ajudarão a reduzir gradualmente o número de comprimidos que toma. Se pretender ajuda ou conselhos adicionais, por favor, entre em contacto comigo.

Estou disponível para responder a todas as suas questões.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_