REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

DESPRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE RETIRADA GRADUAL, BARREIRAS ASSISTENCIAIS E DESFECHOS CLÍNICOS

DEPRESCRIBING BENZODIAZEPINES IN PRIMARY HEALTH CARE: GRADUAL WITHDRAWAL STRATEGIES, CARE BARRIERS, AND CLINICAL OUTCOMES

Ciências da Saúde • 09/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793948774

José Nicolas Andraos Filho[1]

Brennda Mesquita Ferreira[2]

Vitória Brolo Godinho[3]

Ricardo Espíndola Mota Filho[4]

Ali Mohamad Abou Arabi[5]

Arthur Calisto Filgueira[6]

Maria Fernanda Oliveira Kunze[7]

Luiz Teixeira Pinto Neto[8]

Fernando Costa Abreu Filho[9]

Luiza Maria Rezende Ferreira[10]

Pedro Henrique Pessoa Português de Souza[11]

Bruno Gomes dos Santos[12]

Guilherme Guerra Ferreira[13]

Gabriel Mendes Nascimento[14]

Polion Elias da Silva[15]

Ennely Mendonça Gutzeit[16]

RESUMO

Introdução: Os benzodiazepínicos constituem uma classe de psicofármacos amplamente utilizada no tratamento de transtornos de ansiedade, insônia e outras condições clínicas específicas, devido aos seus efeitos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes e miorrelaxantes. Embora apresentem benefícios terapêuticos em determinadas situações, a utilização prolongada pode favorecer o desenvolvimento de tolerância, dependência física e sintomas de abstinência, além de estar associada a eventos adversos como comprometimento cognitivo, quedas e prejuízos psicomotores, especialmente em pessoas idosas. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca da desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque nas estratégias de retirada gradual, nas barreiras relacionadas aos pacientes, aos profissionais e à organização dos serviços de saúde, bem como nos desfechos clínicos associados à redução ou à interrupção desses medicamentos. Resultados: A análise dos estudos selecionados evidencia que a desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um processo clínico complexo, influenciado não apenas pela escolha da estratégia de redução da dose, mas também pelas características individuais dos pacientes, pela atuação dos profissionais e pelas condições de organização dos serviços de saúde. De maneira geral, as publicações convergem quanto à necessidade de uma retirada planejada, individualizada e acompanhada, em oposição à interrupção abrupta e desassistida. Considerações Finais: A presente revisão integrativa evidencia que a desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde constitui uma estratégia relevante para a promoção do uso racional de

medicamentos e a redução dos riscos associados ao tratamento prolongado. Os estudos analisados convergem quanto à importância da retirada gradual, do acompanhamento clínico individualizado e da participação ativa do paciente nas decisões terapêuticas.
Palavras-chave: Benzodiazepínicos; Desprescrição; Atenção Primária à Saúde; Redução Gradual da Dose; Uso Racional de Medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Benzodiazepines constitute a class of psychotropic drugs widely used in the treatment of anxiety disorders, insomnia and other specific clinical conditions, due to their anxiolytic, sedative, hypnotic, anticonvulsant and muscle relaxant effects. Although they present therapeutic benefits in certain situations, prolonged use may favor the development of tolerance, physical dependence and withdrawal symptoms, in addition to being associated with adverse events such as cognitive impairment, falls and psychomotor impairment, especially in older adults. Methodology: This is an integrative literature review, of a descriptive nature, with a qualitative approach, developed with the objective of gathering, analyzing and synthesizing the available scientific evidence regarding the deprescribing of benzodiazepines in Primary Health Care (PHC), focusing on gradual withdrawal strategies, on barriers related to patients, professionals and the organization of health services, as well as on the clinical outcomes associated with the reduction or discontinuation of these medications. Results: The analysis of the selected studies shows that the deprescribing of benzodiazepines in Primary Health Care (PHC) constitutes a complex clinical process, influenced not only by the choice of dose reduction strategy, but also by the individual characteristics of patients, by the performance

of professionals and by the organizational conditions of health services. In general, the publications converge regarding the need for planned, individualized and monitored withdrawal, as opposed to abrupt and unassisted discontinuation. Final Considerations: This integrative review shows that the deprescribing of benzodiazepines in Primary Health Care constitutes a relevant strategy for promoting the rational use of medicines and reducing the risks associated with prolonged treatment. The analyzed studies converge regarding the importance of gradual withdrawal, individualized clinical monitoring and the active participation of the patient in therapeutic decisions.
Keywords: Benzodiazepines; Deprescribing; Primary Health Care; Gradual Dose Reduction; Rational Use of Medicines.

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos constituem uma classe de psicofármacos amplamente utilizada no tratamento de transtornos de ansiedade, insônia e outras condições clínicas específicas, devido aos seus efeitos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes e miorrelaxantes. Embora apresentem benefícios terapêuticos em determinadas situações, a utilização prolongada pode favorecer o desenvolvimento de tolerância, dependência física e sintomas de abstinência, além de estar associada a eventos adversos como comprometimento cognitivo, quedas e prejuízos psicomotores, especialmente em pessoas idosas. Nesse sentido, a necessidade de reavaliar periodicamente a relação entre benefícios e riscos do tratamento constitui um aspecto fundamental da segurança medicamentosa e do uso racional desses fármacos (Pottie et al., 2018; Brunner et al., 2025).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a utilização prolongada de benzodiazepínicos representa um desafio relevante, considerando que esses serviços frequentemente acompanham pacientes com transtornos mentais comuns, distúrbios do sono e condições crônicas que exigem cuidado longitudinal. A continuidade das prescrições pode estar relacionada à persistência dos sintomas iniciais, à renovação repetida das receitas e à dificuldade de acesso a alternativas terapêuticas não farmacológicas. Por constituir a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e um espaço privilegiado para o acompanhamento contínuo, a APS apresenta condições favoráveis para identificar prescrições potencialmente inadequadas, revisar a farmacoterapia e construir planos individualizados de redução ou interrupção desses medicamentos. Entretanto, a efetividade dessas ações depende da disponibilidade de profissionais capacitados, da organização dos serviços e da participação ativa dos pacientes no processo de cuidado (BRASIL, 2017; Tinoco et al., 2025).

A desprescrição de benzodiazepínicos consiste em um processo planejado de redução da dose ou interrupção do medicamento quando os riscos associados à sua continuidade superam os benefícios esperados. Essa abordagem não deve ser confundida com a suspensão abrupta, especialmente em indivíduos que utilizam esses fármacos regularmente e apresentam risco de dependência física. A interrupção repentina pode desencadear manifestações de abstinência de intensidade variável, incluindo ansiedade, insônia, irritabilidade, tremores e sintomas autonômicos, podendo ocorrer complicações graves, como convulsões e delirium. Dessa forma, a retirada gradual, individualizada e supervisionada constitui uma estratégia central para minimizar riscos e favorecer a

adaptação fisiológica durante a redução da exposição medicamentosa (Pottie et al., 2018; Brunner et al., 2025).

Entre as estratégias utilizadas para promover a desprescrição, destacam-se a redução gradual da dose, a educação dos pacientes sobre os riscos do uso prolongado, a revisão sistemática da farmacoterapia e as intervenções conduzidas por profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos. A terapia cognitivo-comportamental e as intervenções específicas para insônia também podem contribuir para o manejo dos sintomas que motivaram a prescrição inicial. Em revisão sistemática e metanálise publicada no BMJ, examinando 49 ensaios clínicos, o estudo, entretanto, identificou que intervenções educativas direcionadas aos pacientes, revisão medicamentosa e estratégias educativas conduzidas por farmacêuticos podem aumentar as taxas de descontinuação, embora a certeza das evidências varie conforme a intervenção. Esses achados reforçam a importância de combinar estratégias farmacológicas e não farmacológicas e de adaptar o plano de retirada às necessidades individuais (Pottie et al., 2018).

A despeito dessas possibilidades, a implementação da desprescrição na APS é influenciada por barreiras individuais, profissionais e organizacionais. Hürlimann et al. (2024), em estudo de métodos mistos realizado na Suíça, identificaram dificuldades relacionadas ao conhecimento insuficiente sobre os efeitos adversos dos sedativos, à falta de capacitação profissional, à baixa motivação dos pacientes, ao tempo limitado das consultas e ao acesso restrito à terapia cognitivo-comportamental para insônia. Em consonância com esses achados, Tinoco et al. (2026), em pesquisa qualitativa realizada na APS brasileira, evidenciaram obstáculos adicionais, como a elevada rotatividade médica, falhas na comunicação entre profissionais,

resistência dos usuários à retirada e limitações no acompanhamento domiciliar. Essas evidências demonstram que a desprescrição não depende exclusivamente da escolha de um esquema farmacológico adequado, mas também da organização dos serviços, da continuidade do vínculo terapêutico e da disponibilidade de recursos assistenciais.

A avaliação dos desfechos clínicos é indispensável para determinar se as estratégias de desprescrição são efetivas e seguras. Entre os principais indicadores estão a interrupção completa ou a redução sustentada da dose, a ocorrência e a intensidade dos sintomas de abstinência, a recorrência da ansiedade ou da insônia, a qualidade do sono, a funcionalidade e a qualidade de vida. No ensaio clínico randomizado EMPOWER, Tannenbaum et al. (2014) demonstraram que uma intervenção educativa diretamente direcionada a pessoas idosas favoreceu a interrupção dos benzodiazepínicos em comparação com o cuidado habitual. Entretanto, a revisão sistemática e metanálise de Zeraatkar et al. (2025), que reuniu 49 ensaios clínicos, apontou incertezas na evidência para diversas intervenções e limitações na avaliação de resultados de longo prazo. Portanto, embora existam estratégias promissoras, seus efeitos devem ser interpretados considerando a qualidade das evidências, a sustentabilidade da redução do uso e a manutenção do bem-estar dos pacientes.

Diante desse cenário, a desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde constitui uma questão relevante para a segurança do paciente, a qualidade da assistência e o uso racional de medicamentos. A diversidade das estratégias de retirada gradual, a persistência de barreiras assistenciais e a variabilidade dos desfechos descritos na literatura justificam a necessidade de reunir e

analisar criticamente as evidências disponíveis. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as estratégias de retirada gradual de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde, as barreiras relacionadas aos pacientes, aos profissionais e à organização dos serviços, bem como os desfechos clínicos associados à redução ou à interrupção desses medicamentos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca da desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque nas estratégias de retirada gradual, nas barreiras relacionadas aos pacientes, aos profissionais e à organização dos serviços de saúde, bem como nos desfechos clínicos associados à redução ou à interrupção desses medicamentos.

A elaboração da revisão foi orientada pelas seguintes etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; realização da busca bibliográfica; seleção e avaliação dos estudos encontrados; extração e organização das informações; análise crítica dos resultados; e síntese das evidências identificadas. A questão norteadora foi formulada a partir da estratégia PICo, considerando-se como população (P) os adultos em uso prolongado de benzodiazepínicos acompanhados na Atenção Primária à Saúde; como fenômeno de interesse (I) as estratégias de desprescrição, as barreiras assistenciais e os desfechos clínicos associados à retirada gradual; e como contexto (Co) os serviços de Atenção Primária à

Saúde e os cuidados ambulatoriais relacionados. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão: quais são as principais estratégias utilizadas para a desprescrição gradual de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde, quais barreiras dificultam sua implementação e quais são os desfechos clínicos associados a esse processo?

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados descritores controlados e termos livres relacionados ao tema: “benzodiazepines”, “benzodiazepine receptor agonists”, “deprescribing”, “drug withdrawal”, “dose reduction”, “primary health care”, “primary care”, “barriers to treatment”, “patient adherence”, “withdrawal symptoms”, “treatment outcome” e “quality of life”, bem como seus correspondentes em português e espanhol. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificidades de cada base de dados, buscando ampliar a sensibilidade da estratégia de busca e contemplar estudos sobre intervenções de retirada, fatores que influenciam a adesão e resultados clínicos relacionados à desprescrição.

Foram considerados elegíveis estudos publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem diretamente a desprescrição de benzodiazepínicos em adultos, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos estudos originais, estudos observacionais, estudos de coorte, estudos caso-controle, ensaios clínicos randomizados, estudos qualitativos, estudos de métodos mistos, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas pertinentes à questão investigada. Também foram considerados estudos realizados em contextos

ambulatoriais ou comunitários que apresentassem resultados aplicáveis à APS, mesmo quando não restritos exclusivamente a esse nível de atenção, desde que contribuíssem para a compreensão das estratégias de retirada gradual, das barreiras à desprescrição ou dos desfechos clínicos.

Foram excluídos relatos de caso isolados, cartas ao editor, editoriais, comentários sem análise sistematizada, trabalhos acadêmicos não publicados em periódicos científicos, estudos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e estudos que abordassem exclusivamente a prescrição inicial de benzodiazepínicos, sem relação com sua redução ou interrupção. Também foram excluídas pesquisas sobre a retirada de outras classes de medicamentos que não apresentassem resultados específicos para benzodiazepínicos, bem como estudos que discutissem dependência química de maneira geral sem informações pertinentes à população ou aos objetivos desta revisão.

A seleção dos estudos ocorreu inicialmente mediante análise dos títulos e resumos, seguida da leitura integral das publicações potencialmente elegíveis. Os registros duplicados foram identificados e removidos antes da avaliação de elegibilidade. A seleção foi conduzida de forma sistematizada, considerando-se os critérios previamente estabelecidos. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi organizado conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), utilizando-se um fluxograma para apresentar as etapas de seleção das publicações. Os quantitativos de registros identificados, excluídos e incluídos foram definidos a partir dos resultados efetivamente obtidos durante a busca bibliográfica.

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento contendo informações referentes ao autor e ano de publicação, país de realização, desenho metodológico, características da população estudada, contexto assistencial, tipo de benzodiazepínico utilizado, dose e duração do tratamento quando disponíveis, estratégia de desprescrição empregada, ritmo de redução da dose, participação de profissionais de saúde e intervenções complementares. Também foram registradas as principais barreiras e os fatores facilitadores identificados, incluindo aspectos relacionados ao conhecimento e às preferências dos pacientes, à atuação dos profissionais, à organização dos serviços e à disponibilidade de tratamentos não farmacológicos.

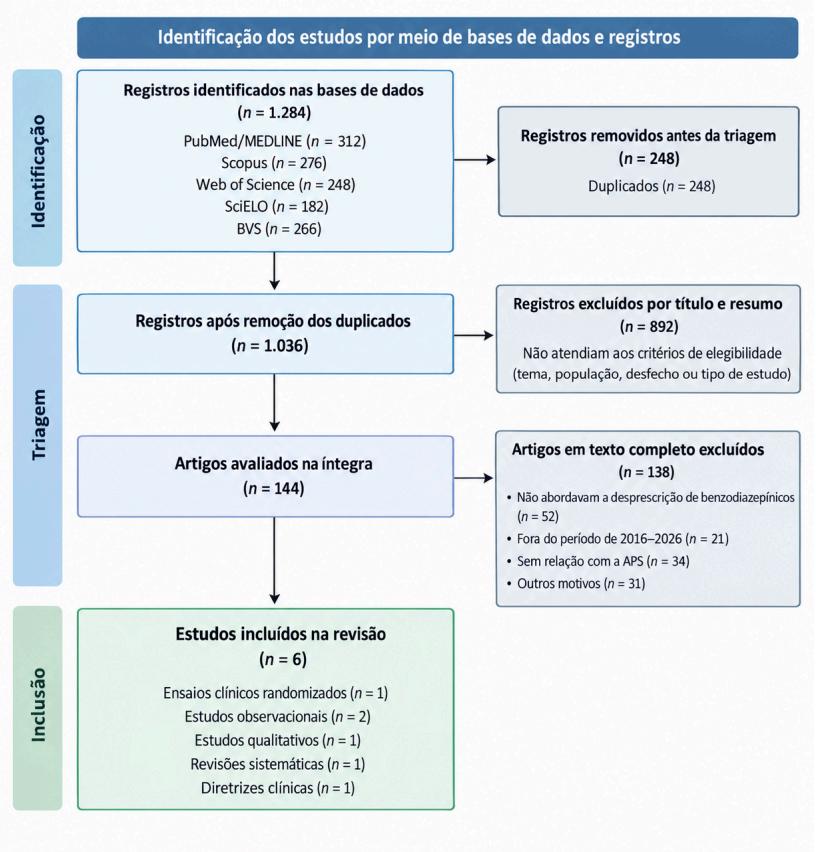
Entre os desfechos de interesse, foram considerados a interrupção completa do benzodiazepínico, a redução sustentada da dose, a adesão ao plano de retirada, a ocorrência e a intensidade dos sintomas de abstinência, a recorrência dos sintomas de ansiedade ou insônia, a qualidade do sono, a funcionalidade, a qualidade de vida e a ocorrência de eventos adversos. Quando disponíveis, também foram considerados o tempo necessário para a retirada, a necessidade de retomada do medicamento, a utilização de serviços de saúde e a manutenção dos resultados após o término das intervenções.

Após a extração, os dados foram organizados de forma descritiva e submetidos à análise crítica e comparativa dos resultados. A síntese qualitativa foi estruturada em eixos temáticos, contemplando as principais estratégias de retirada gradual, a efetividade das intervenções educativas e comportamentais, as barreiras e os facilitadores da desprescrição na Atenção Primária à Saúde e os desfechos clínicos relacionados à redução ou à interrupção dos

benzodiazepínicos. Foram analisadas as convergências e divergências entre os estudos, considerando as características metodológicas, as populações investigadas, os contextos assistenciais e os resultados relatados, com o objetivo de identificar estratégias potencialmente aplicáveis à prática clínica e lacunas relevantes para futuras pesquisas.

Por se tratar de uma revisão integrativa baseada exclusivamente em dados secundários provenientes de publicações científicas, sem envolvimento direto de seres humanos ou acesso a informações individuais identificáveis, não houve intervenção sobre participantes. A pesquisa foi conduzida com atenção ao rigor metodológico, à transparência na seleção dos estudos e à apresentação adequada das evidências identificadas.

Figura 1. Fluxograma PRISMA na identificação dos estudos selecionados.



Fonte: Autores, 2026.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de instrumento de coleta, foi formulado uma matriz de síntese, com as seguintes variáveis: autor, título, tipo de estudo, e considerações clínicas dos respectivos estudos (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados conforme autores, tipo de estudo, título e considerações clínicas dos respectivos estudos.

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Considerações clínicas

Pottie et al. (2018)	Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline	Diretriz clínica baseada em evidências	Recomenda considerar a redução gradual de benzodiazepínicos em pacientes cujo uso prolongado apresenta mais riscos do que benefícios. Destaca a importância do acompanhamento clínico, da orientação ao paciente e da individualização do plano de retirada.
Hürlimann et al. (2024)	Barriers, facilitators and needs to deprescribe benzodiazepines and other sedatives in older adults: a mixed methods study of primary care provider perspectives	Estudo de métodos mistos	Identificou barreiras profissionais e organizacionais, incluindo limitação de tempo, dificuldades na comunicação e acesso insuficiente a alternativas não farmacológicas. Aponta a necessidade de capacitação profissional e de recursos para apoiar a desprescrição na APS.
Mendes et al. (2025)	Identification of Barriers and Needs in the Discontinuation of Benzodiazepine Receptor Agonists in Elderly Patients of a Rural Community—A Qualitative Study	Estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas	Identificou medo de sintomas de abstinência, valorização dos efeitos dos medicamentos e dificuldades contextuais como barreiras à retirada. Motivação, informação acessível, alternativas terapêuticas e apoio dos profissionais foram

			apontados como facilitadores.
Tinoco et al. (2026) .	Challenges of benzodiazepine deprescribing in elderly patients attending primary healthcare	Estudo qualitativo	Evidenciou que a rotatividade de profissionais, as falhas de comunicação, a resistência dos pacientes e o medo da abstinência podem comprometer a continuidade do processo. Destaca a importância de equipes estáveis, acompanhamento longitudinal e organização dos serviços.
Oldenhof et al. (2026)	Supporting General Practitioners to Deprescribe Benzodiazepines and Z-Drugs in Primary Care: Findings From a Modified Delphi Study	Estudo Delphi modificado, com três rodadas de consulta a médicos generalistas	Identificou estratégias consideradas úteis por médicos generalistas para apoiar a retirada de benzodiazepínicos e medicamentos Z. Os resultados contribuem para estruturar orientações práticas e fortalecer o suporte aos profissionais da APS.
Zeraatkar et al. (2025)	Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic	Revisão sistemática e metanálise	Compara intervenções destinadas a facilitar a desprescrição de benzodiazepínicos e hipnóticos sedativos. Contribui para avaliar estratégias de intervenção e apoiar decisões clínicas sobre como promover a redução ou

	review and meta-analysis		interrupção segura desses medicamentos.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

4. DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidencia que a desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um processo clínico complexo, influenciado não apenas pela escolha da estratégia de redução da dose, mas também pelas características individuais dos pacientes, pela atuação dos profissionais e pelas condições de organização dos serviços de saúde. De maneira geral, as publicações convergem quanto à necessidade de uma retirada planejada, individualizada e acompanhada, em oposição à interrupção abrupta e desassistida. Entretanto, existem diferenças importantes quanto ao nível de evidência disponível para as intervenções, às prioridades identificadas pelos profissionais e à percepção dos pacientes sobre os riscos e benefícios da suspensão dos medicamentos.

Estratégias de retirada gradual e segurança clínica

Pottie et al. (2018) destacam a redução gradual da dose como uma estratégia importante para pacientes que utilizam agonistas dos receptores benzodiazepínicos por períodos prolongados, especialmente quando os riscos do tratamento passam a superar seus benefícios. A diretriz enfatiza que o processo deve considerar a situação clínica, as preferências do paciente e a necessidade de acompanhamento durante a retirada. Essa perspectiva é compatível com o objetivo de reduzir os riscos associados ao uso prolongado,

incluindo dependência física e sintomas de abstinência, sem expor o paciente a uma interrupção desnecessariamente abrupta.

Essa recomendação encontra respaldo na pesquisa de Oldenhof et al. (2026), que investigou, por meio de um estudo Delphi modificado, as estratégias consideradas úteis por médicos generalistas para apoiar a desprescrição na atenção primária. Os participantes destacaram a importância de consultas com tempo ampliado, protocolos claros e acordos estabelecidos entre os profissionais da unidade sobre como conduzir o processo. Portanto, os dois trabalhos concordam que a retirada segura depende de planejamento e organização assistencial, e não apenas da decisão de suspender a prescrição.

Entretanto, há uma distinção entre as contribuições dessas publicações. Enquanto Pottie et al. apresentam recomendações clínicas fundamentadas em evidências, Oldenhof et al. investigam o consenso de profissionais sobre estratégias de implementação. Assim, uma recomendação clínica e uma estratégia considerada útil pelos médicos não representam o mesmo nível de comprovação de eficácia. O consenso profissional ajuda a identificar medidas viáveis para a rotina dos serviços, mas não demonstra, isoladamente, que determinada medida aumenta a taxa de interrupção bem-sucedida dos benzodiazepínicos.

Essa distinção torna-se ainda mais importante diante dos resultados da revisão sistemática e metanálise de Zeraatkar et al. (2025). Os autores encontraram evidências de baixa certeza para muitas das intervenções destinadas à desprescrição. A educação dos pacientes, a revisão medicamentosa e algumas intervenções educativas conduzidas por farmacêuticos podem aumentar a proporção de

pessoas que interrompem o uso, mas os resultados não permitem afirmar que todas as estratégias habitualmente recomendadas apresentam benefícios consistentes. Para diversas outras intervenções, a evidência foi muito incerta ou não demonstrou efeito importante.

Desse modo, não existe uma contradição direta entre recomendar a redução gradual e reconhecer que a evidência sobre a eficácia comparativa das intervenções é limitada. A redução gradual constitui uma abordagem de segurança clínica para conduzir a retirada, enquanto os estudos de eficácia avaliam se diferentes programas e recursos aumentam a probabilidade de desprescrição. A literatura sugere, portanto, que é necessário distinguir a segurança do processo de retirada da efetividade das intervenções utilizadas para viabilizá-lo.

Barreiras relacionadas aos pacientes: dependência, receio e motivação

Um dos pontos de maior concordância entre os estudos qualitativos é o papel das percepções dos pacientes na continuidade do uso de benzodiazepínicos. Mendes et al. (2025), ao entrevistarem 15 pessoas idosas de uma comunidade rural portuguesa, identificaram barreiras relacionadas ao medo dos sintomas de abstinência, à valorização dos efeitos terapêuticos do medicamento, à cronicidade dos problemas psicológicos e à descrença em alternativas não farmacológicas. Os participantes também mencionaram fatores familiares, sociais e relacionados ao acesso ao acompanhamento médico.

Esses achados são convergentes com Hürlimann et al. (2024), que identificaram, na perspectiva dos profissionais da atenção primária, a baixa motivação de alguns pacientes e a falta de conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos como obstáculos relevantes. As duas pesquisas indicam que a permanência do tratamento não deve ser interpretada simplesmente como resistência individual ou falta de adesão às orientações médicas. Em muitos casos, o medicamento é percebido como indispensável para dormir, controlar a ansiedade ou manter o funcionamento cotidiano, e a perspectiva de retirada pode ser acompanhada por insegurança e receio de agravamento dos sintomas.

Essa convergência tem implicações clínicas importantes. Quando o profissional aborda exclusivamente os riscos do uso prolongado, sem explorar os motivos que levaram o paciente a iniciar e manter o tratamento, pode deixar de reconhecer fatores que dificultam a mudança. Uma abordagem centrada no paciente deve incluir a investigação das expectativas em relação ao medicamento, das experiências anteriores de tentativa de retirada, dos sintomas que motivam seu uso e das preocupações com possíveis efeitos da redução.

Por outro lado, os estudos apresentam diferenças quanto à ênfase atribuída à motivação e ao conhecimento. Mendes et al. (2025) exploram diretamente a experiência das pessoas idosas e identificam a motivação, a disponibilidade de informações escritas, o tempo para tomada de decisão e o acesso a alternativas como facilitadores. Hürlimann et al. (2024), por sua vez, enfatizam também as necessidades dos profissionais, incluindo materiais educativos, orientações práticas e recursos para tratar problemas do sono sem depender exclusivamente dos medicamentos. Portanto, enquanto a

primeira pesquisa evidencia o processo de mudança na perspectiva do paciente, a segunda amplia a análise para as condições necessárias para que os profissionais possam apoiá-lo.

Essas diferenças não são necessariamente discordâncias entre os resultados, mas refletem perspectivas complementares. A motivação individual pode ser insuficiente quando não há acompanhamento, alternativas terapêuticas acessíveis ou tempo para discutir o plano de retirada. Da mesma forma, a disponibilidade de protocolos e materiais educativos não garante sucesso se o paciente não compreender os objetivos da desprescrição ou não se sentir preparado para iniciá-la.

Barreiras profissionais e organizacionais na Atenção Primária à Saúde

As dificuldades de implementação constituem outro eixo central de convergência entre os estudos. Hürlimann et al. (2024) identificaram obstáculos relacionados à falta de conhecimento dos profissionais sobre os efeitos adversos dos benzodiazepínicos, à formação insuficiente para o manejo dos problemas do sono, à limitação do tempo das consultas e ao acesso restrito à terapia cognitivo-comportamental para insônia. Esses achados demonstram que, mesmo quando os profissionais reconhecem a necessidade de reduzir prescrições prolongadas, podem não dispor das condições necessárias para oferecer acompanhamento adequado.

De maneira semelhante, Oldenhof et al. (2026) identificaram três estratégias prioritárias para apoiar a desprescrição: ampliar o tempo das consultas, disponibilizar protocolos claros e estabelecer acordos entre os profissionais sobre a condução da retirada. A concordância

entre os estudos indica que a desprescrição precisa ser incorporada à organização do trabalho da equipe, em vez de depender exclusivamente da iniciativa individual de um médico. Protocolos compartilhados podem favorecer a continuidade das orientações, reduzir condutas contraditórias e facilitar o acompanhamento longitudinal.

Entretanto, os estudos diferem quanto à forma de investigar essas dificuldades. Hürlimann et al. (2024) combinaram questionários, entrevistas e grupos focais com profissionais da atenção primária, permitindo identificar obstáculos vivenciados no contexto assistencial. Oldenhof et al. (2026), por sua vez, utilizaram o método Delphi para estabelecer quais estratégias os médicos consideravam prioritárias. O primeiro estudo descreve barreiras e necessidades; o segundo organiza consensos sobre possíveis soluções. Assim, embora ambos contribuam para o planejamento de intervenções, o consenso sobre uma estratégia não comprova sua eficácia clínica.

O estudo de Tinoco et al. (2026), realizado no contexto da atenção primária brasileira, amplia essa discussão ao aproximá-la da realidade dos serviços de saúde do país. As dificuldades relacionadas à continuidade do cuidado, à comunicação entre profissionais e à resistência dos pacientes são particularmente relevantes para sistemas nos quais a disponibilidade de recursos e a estabilidade das equipes podem variar. Sua contribuição está em mostrar que a implementação de um plano de desprescrição depende também de condições institucionais que permitam acompanhar o paciente ao longo do tempo.

Apesar dessas convergências, não se deve pressupor que os mesmos obstáculos tenham igual importância em todos os

cenários. Os estudos foram realizados em contextos distintos, incluindo Suíça, Portugal, Austrália e Brasil. Diferenças na organização da atenção primária, na disponibilidade de terapias psicológicas, na formação dos profissionais e no acesso aos serviços podem modificar tanto as barreiras quanto a viabilidade das intervenções. Consequentemente, estratégias desenvolvidas em outros países precisam ser adaptadas às características do Sistema Único de Saúde, e não simplesmente reproduzidas.

Educação em saúde, alternativas terapêuticas e decisão compartilhada

A educação do paciente aparece como outro ponto de convergência. Mendes et al. (2025) identificaram o acesso a informações escritas, o conhecimento sobre os efeitos dos medicamentos e a disponibilidade de alternativas como facilitadores da retirada. Hürlimann et al. (2024), por sua vez, observaram que os profissionais valorizavam materiais educativos que explicassem os riscos e benefícios do tratamento, a higiene do sono, as alternativas terapêuticas e as etapas da redução gradual.

A concordância entre essas pesquisas sugere que a informação deve ser considerada parte do cuidado, e não apenas uma orientação complementar. Explicar os motivos da desprescrição, discutir os benefícios esperados e reconhecer as preocupações do paciente pode favorecer a construção de um plano compartilhado. Entretanto, a educação isolada pode ser insuficiente quando existem dependência física, sintomas persistentes de ansiedade ou insônia, comorbidades ou ausência de alternativas terapêuticas acessíveis.

Nesse aspecto, a revisão sistemática de Zeraatkar et al. (2025) acrescenta uma ressalva importante. Embora algumas intervenções educativas possam contribuir para a interrupção do uso, os autores encontraram evidências de baixa certeza para diversas estratégias, além de dados insuficientes sobre resultados relevantes para os pacientes, como funcionamento físico, saúde mental e sintomas de insônia. Portanto, não é adequado afirmar que a distribuição de folhetos, a orientação isolada ou qualquer intervenção educativa, por si só, assegure a desprescrição bem-sucedida.

A terapia cognitivo-comportamental para insônia e outras intervenções não farmacológicas também merecem atenção, pois podem oferecer alternativas para o manejo dos sintomas que motivaram o uso prolongado dos medicamentos. Contudo, existe uma diferença entre reconhecer sua importância clínica e demonstrar que sua disponibilização aumenta, de maneira consistente, a taxa de interrupção dos benzodiazepínicos. A metanálise de Zeraatkar et al. (2025) não encontrou evidência de alta ou moderada certeza de que todas as intervenções avaliadas fossem eficazes para esse desfecho. Isso não significa que as terapias sejam clinicamente inúteis, mas que a evidência sobre sua contribuição específica para a desprescrição permanece limitada ou incerta.

Dessa forma, a decisão compartilhada deve combinar educação, avaliação clínica, alternativas adequadas e acompanhamento. O objetivo não deve ser simplesmente retirar o medicamento, mas reduzir os riscos associados ao uso prolongado sem desconsiderar a condição que levou à sua prescrição.

Concordâncias e divergências entre os estudos

A comparação das seis publicações permite identificar três principais pontos de concordância. O primeiro é a necessidade de individualizar a retirada, considerando o histórico de uso, a condição clínica e as preferências do paciente. O segundo é o reconhecimento de que barreiras emocionais, informacionais e assistenciais podem dificultar a desprescrição. O terceiro é a importância de fortalecer o suporte oferecido pelos profissionais e pelos serviços de saúde.

As diferenças observadas decorrem, em grande parte, dos objetivos e desenhos metodológicos. Pottie et al. (2018) oferecem recomendações clínicas; Mendes et al. (2025) exploram a experiência dos pacientes; Hürlimann et al. (2024) investigam a perspectiva dos profissionais; Oldenhof et al. (2026) identificam estratégias consensuais de implementação; Tinoco et al. (2026) contribuem com o contexto brasileiro; e Zeraatkar et al. (2025) avaliam comparativamente a eficácia de intervenções.

Uma divergência relevante surge entre a valorização de estratégias por profissionais e a incerteza sobre sua efetividade demonstrada em ensaios clínicos. Por exemplo, protocolos, consultas ampliadas e educação do paciente podem ser considerados importantes para a organização do cuidado, mas isso não significa que cada estratégia, quando aplicada isoladamente, aumente necessariamente a interrupção sustentada do medicamento. Os estudos de implementação e os estudos de eficácia respondem a perguntas diferentes e, por isso, devem ser interpretados de maneira complementar, não como evidências concorrentes.

Outra diferença diz respeito à generalização dos resultados. A pesquisa qualitativa de Mendes et al. (2025), baseada em 15 entrevistas, oferece compreensão aprofundada das experiências de

uma comunidade rural, mas não permite estimar a frequência das barreiras em toda a população. Já a pesquisa de Hürlimann et al. (2024), com participação de profissionais por questionários e entrevistas, oferece uma perspectiva mais ampla sobre o serviço, embora permaneça vinculada ao contexto suíço. A metanálise de Zeraatkar et al. (2025) sintetiza ensaios clínicos, mas também reconhece limitações na certeza das evidências e no acompanhamento de longo prazo. Portanto, nenhuma dessas abordagens, isoladamente, responde a todas as questões relacionadas à desprescrição.

Implicações para a prática clínica e limitações da evidência

Em conjunto, os resultados apontam para a necessidade de uma abordagem estruturada na APS. A avaliação inicial deve considerar a indicação atual do benzodiazepínico, a duração do uso, os benefícios percebidos, os riscos individuais e as experiências anteriores de redução. Quando a retirada for apropriada, o plano deve ser individualizado, com redução gradual, acompanhamento de possíveis sintomas de abstinência e reavaliação da condição clínica de base.

Também é necessário que a equipe tenha condições para realizar consultas de acompanhamento, oferecer informações acessíveis e discutir alternativas terapêuticas. A elaboração de protocolos locais, a capacitação dos profissionais e a definição de responsabilidades entre os integrantes da equipe podem contribuir para a continuidade assistencial. No entanto, essas medidas devem ser acompanhadas de avaliação de resultados, como interrupção sustentada, redução de dose, sintomas de abstinência, recorrência

de insônia ou ansiedade, qualidade de vida e necessidade de reinício do tratamento.

A interpretação dos estudos deve considerar algumas limitações. As pesquisas qualitativas apresentam amostras e contextos específicos, enquanto o estudo Delphi identifica consensos profissionais sem comprovar diretamente a eficácia das estratégias. A diretriz clínica sintetiza evidências disponíveis em seu período de elaboração, e a revisão sistemática evidencia incerteza para diversos desfechos. Além disso, diferenças de população, intervenções e organização dos serviços dificultam comparações diretas. A presença de publicações de diferentes países também limita a extrapolação automática dos resultados para a realidade brasileira.

Por fim, a própria composição da amostra exige atenção metodológica: a diretriz de Pottie et al. (2018) e a revisão sistemática de Zeraatkar et al. (2025) são fontes secundárias, enquanto as outras quatro publicações apresentam pesquisas primárias. Caso a metodologia da revisão integrativa permita diferentes desenhos, essa diversidade pode enriquecer a síntese; se o protocolo exigir exclusivamente estudos primários, será necessário substituir as publicações secundárias antes de fechar a seleção.

Em síntese, a literatura examinada converge quanto à importância de uma desprescrição segura, individualizada e apoiada por profissionais capacitados, mas não demonstra que uma única intervenção seja suficiente para garantir resultados favoráveis em todos os pacientes. O principal desafio da APS consiste em transformar recomendações clínicas em um processo de cuidado contínuo, que considere simultaneamente a segurança

farmacológica, a experiência do paciente e as condições reais de funcionamento dos serviços de saúde.

5. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa evidencia que a desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde constitui uma estratégia relevante para a promoção do uso racional de medicamentos e a redução dos riscos associados ao tratamento prolongado. Os estudos analisados convergem quanto à importância da retirada gradual, do acompanhamento clínico individualizado e da participação ativa do paciente nas decisões terapêuticas. Entretanto, demonstram que a efetividade desse processo depende de fatores que ultrapassam a redução da dose, envolvendo aspectos psicológicos, sociais, profissionais e organizacionais.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica por possibilitar o acompanhamento longitudinal, a identificação de necessidades individuais e a construção de vínculos terapêuticos. A implementação de protocolos de desprescrição, associada à decisão compartilhada e ao acesso a intervenções psicológicas, pode contribuir para tornar esse processo mais seguro e viável. Ressalta-se, porém, que a redução ou a interrupção do medicamento deve ser planejada conforme as condições clínicas de cada paciente, evitando a suspensão abrupta e garantindo o monitoramento de possíveis sintomas de abstinência ou recorrência dos sintomas de base.

Conclui-se que o aprimoramento da desprescrição de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde exige uma

abordagem integrada, centrada no paciente e sustentada por organização assistencial adequada. Recomenda-se a realização de estudos prospectivos e ensaios clínicos em serviços brasileiros de APS para avaliar a efetividade das estratégias de retirada gradual, a manutenção da interrupção a longo prazo, a ocorrência de sintomas de abstinência, a qualidade de vida e a recorrência de ansiedade e insônia. Dessa forma, será possível fortalecer a prática clínica baseada em evidências e desenvolver intervenções mais seguras, acessíveis e adaptadas às necessidades da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRUNNER, Emily et al. Joint clinical practice guideline on benzodiazepine tapering: considerations when risks outweigh benefits. Journal of General Internal Medicine, v. 40, n. 12, p. 2814–2859, 2025.

HÜRLIMANN, Orlando et al. Barriers, facilitators and needs to deprescribe benzodiazepines and other sedatives in older adults: a mixed methods study of primary care provider perspectives. BMC Geriatrics, v. 24, art. 396, 2024.

MENDES, Tiago de Barros et al. Identification of barriers and needs in the discontinuation of benzodiazepine receptor agonists in elderly patients of a rural community—a qualitative study. Geriatrics, v. 10, n. 1, art. 18, 2025.

OLDENHOF, Erin et al. Supporting general practitioners to deprescribe benzodiazepines and Z-drugs in primary care: findings from a modified Delphi study. Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology, v. 138, n. 4, art. e70217, 2026.

POTTIE, Kevin et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. Canadian Family Physician, v. 64, n. 5, p. 339–351, 2018.

TANNENBAUM, Cara et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Internal Medicine, v. 174, n. 6, p. 890–898, 2014.

TINOCO, Marlon Silva et al. Challenges of benzodiazepine deprescribing in elderly patients attending primary healthcare. Frontiers in Pharmacology, v. 16, art. 1729081, 2026.

ZERAATKAR, Dena et al. Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis. BMJ, v. 389, e081336, 2025.

---

[1] Medicina. UFG - Universidade Federal de Goiás. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Médica. Centro Universitário de Mineiros - Unifimes Campus Trindade/GO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: https://lattes.cnpq.br/0954756378773214.

[3] Acadêmica de medicina. UNIRV - universidade de Rio Verde campus Goiânia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[4] Medicina. Centro Universitário de Mineiros (Unifimes). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[5] Medicina. Fcms (lusiada). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: https://lattes.cnpq.br/1135548866244951.

[6] Medicina. Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6742838944463060.

[7] Medicina. Unifimes. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[8]. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Médico ortopedista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6667323118411188.

[9] Medicina - UFG. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[10] Médica. Unaerp. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7080675861290942.

[11] -MÉDICO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[12] Medicina. UFMA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2493739437208870.

[13] Medicina. PUC-GO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[14] PUC-GO. Medicina. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8315969571134246.

[15] UniFATRA Uberlândia. medicina. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5397993923892952.

[16] Ortopedista e Traumatologista. Formação no Hospital de Base Dr.Ary Pinheiro. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7690261047559623. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.