

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – GUIA DE ESTUDOS

INSTITUTO DIPLOMUN



INSTITUTO
Diplomun

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença.” — Organização Mundial da Saúde (OMS);

Prezados Delegados da DiploMUN Online 2026,

É com grande prazer que apresentamos a vocês os Guias de Estudo da DiploMUN Online 2026, materiais essenciais criados para apoiar sua preparação para os comitês e debates deste ano.

Estes guias foram cuidadosamente desenvolvidos para oferecer uma compreensão sólida dos temas, contextos históricos, principais atores, debates centrais e possíveis caminhos de discussão dentro de cada comitê. Mais do que simples materiais introdutórios, eles devem servir como uma base para sua pesquisa, ajudando vocês a chegarem à conferência com mais confiança, profundidade e consciência estratégica.

Ao longo destas páginas, vocês encontrarão o contexto necessário para compreender os desafios que enfrentarão como delegados, bem como perguntas e perspectivas importantes que devem orientar sua preparação. Recomendamos fortemente que leiam atentamente o guia de seu comitê, façam anotações, conduzam pesquisas adicionais e utilizem o material como ponto de partida para construir sua posição, seus argumentos e sua estratégia diplomática.

Os Guias de Estudo não têm a intenção de substituir a pesquisa independente, mas de abrir caminho para ela. Eles são o primeiro passo de vocês no universo do comitê — um espaço de negociação, pensamento crítico, cooperação internacional e tomada de decisões complexas.

Temos a honra de fazer parte da sua jornada diplomática e estamos animados para ver como cada um de vocês utilizará estes materiais para contribuir de forma significativa com os debates da DiploMUN Online 2026.

Atenciosamente,

Secretariado da DiploMUN Online 2026.

SUMÁRIO

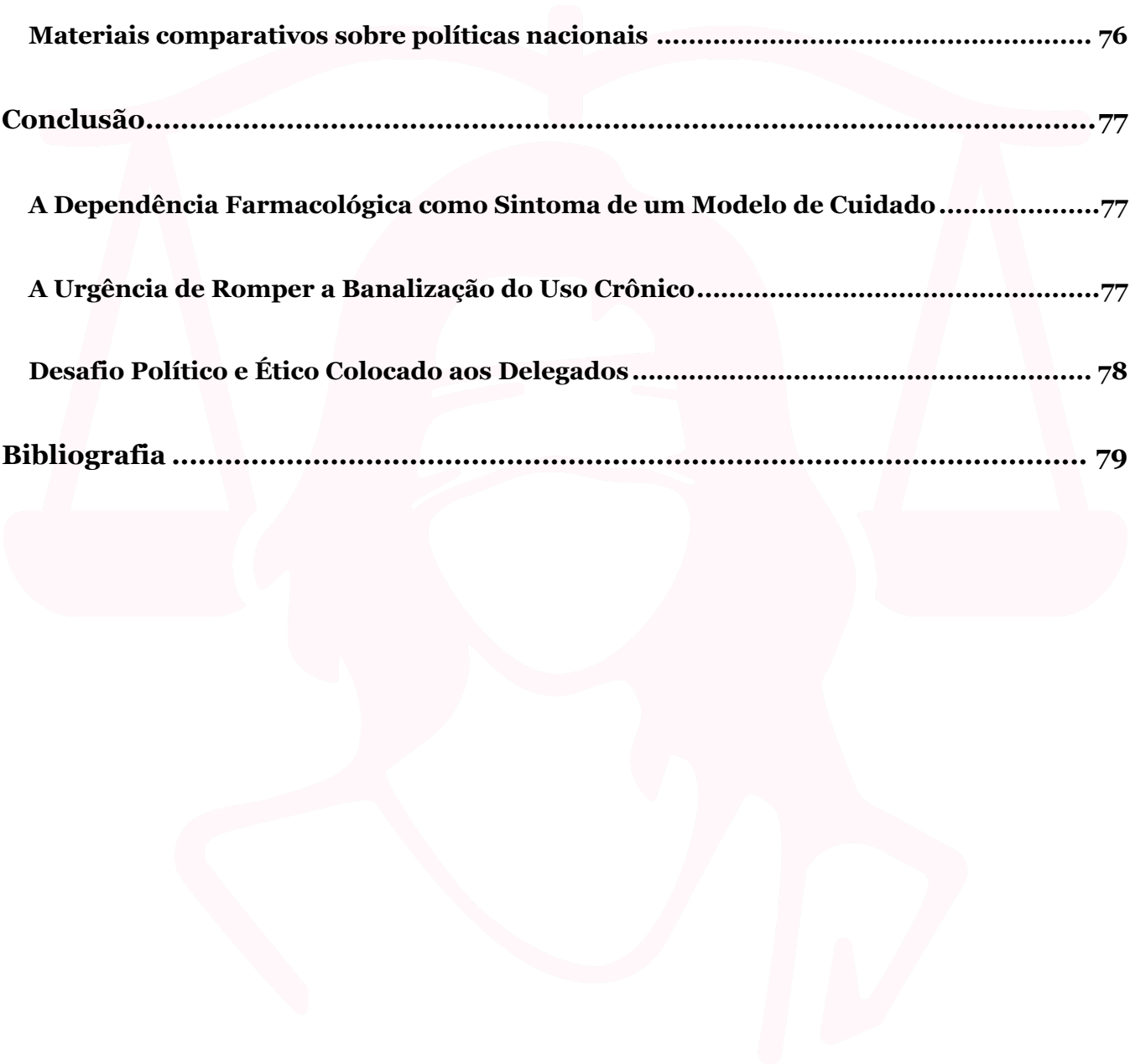
Carta dos Diretores	9
Introdução	11
O sofrimento psíquico em sociedades ansiosas, exaustas e medicalizadas.....	11
O apelo terapêutico dos benzodiazepínicos.....	11
A transformação do alívio em dependência silenciosa	12
A pergunta central do comitê.....	12
A Organização Mundial da Saúde e seu Papel na Regulação Internacional de Medicamentos e Saúde Mental	13
O papel da OMS enquanto organismo de coordenação sanitária internacional.....	13
A OMS na agenda de medicamentos essenciais e sua atuação no uso racional de fármacos e saúde mental.....	14
Limitações da OMS enquanto instituição.....	15
As possíveis ações da OMS frente aos benzodiazepínicos.....	15
A interação entre a OMS e outros atores relevantes	15
Conceitos Fundamentais para o Debate	17
Glossário de Conceitos Básicos.....	17
Benzodiazepínicos: Evolução Farmacológica e o Paradoxo da Segurança Clínica	18
O Limiar entre o Uso Terapêutico e a Manutenção Prolongada.....	19

A Dinâmica da Tolerância, Dependência e Abstinência.....	20
Perspectivas Éticas sobre Dependência, Abuso e Uso Problemático	21
A Crítica à Medicalização do Sofrimento e à Sedação como Política.....	22
Estratégias de Descontinuação e a Ética do Desmame Seguro	23
Formação Histórica e Estrutural do Problema	24
A introdução dos benzodiazepínicos como alternativa aos barbitúricos	24
A expansão da prescrição e medicalização do sofrimento	24
Normalização do uso prolongado e descobrimento dos riscos	26
A transformação do sofrimento em oportunidade farmacológica	26
A Estrutura da Crise dos Benzodiazepínicos	28
A Normalização da Sedação como Estratégia de Adaptação Social.....	28
A Passagem do Cuidado Legítimo à Dependência Institucionalmente Autorizada	29
O Deslocamento do Problema do Plano Individual para o Plano Sistêmico.....	30
A Banalização Clínica do Uso Contínuo.....	30
Principais Causas e Fatores de Expansão do Fenômeno	32
Prescrição excessiva e prolongada para além das recomendações clínicas	32
A influência da indústria farmacêutica na legitimação e ampliação do consumo	33
A escassez de alternativas terapêuticas não medicamentosas	34

A medicalização de sofrimentos sociais, emocionais e existenciais.....	35
A fragilidade de sistemas de monitoramento do uso contínuo	36
A cultura clínica e social da solução rápida.....	36
Subproblemáticas Centrais do Debate.....	38
A prescrição crônica de benzodiazepínicos em desacordo com recomendações de uso breve	38
A dependência desenvolvida sob prescrição legítima e o problema de culpabilizar pacientes	39
A retirada abrupta ou mal conduzida e seus efeitos clínicos e humanos	40
O uso excessivo entre mulheres e a dimensão de gênero da sedação.....	40
O uso prolongado entre idosos e o risco ampliado de danos funcionais e cognitivos... 	41
A ausência de acesso equitativo a psicoterapia, cuidado comunitário e outras alternativas de tratamento	42
A medicalização de sofrimentos produzidos por crise econômica, hiperprodutividade e esgotamento social	43
A influência econômica e simbólica da indústria farmacêutica na expansão do consumo	44
A insuficiência de sistemas nacionais de monitoramento, revisão periódica e desprescrição	44
Estudos de Caso	46

A difusão histórica do Diazepam e a consolidação cultural do ansiolítico como resposta cotidiana ao sofrimento	46
O uso prolongado de clonazepam em contextos de prescrição banalizada	47
O consumo crônico entre idosos e os efeitos sobre quedas, cognição e autonomia	48
A feminização da prescrição e a sedação do sofrimento socialmente distribuído.....	49
Diferenças nacionais na regulação, monitoramento e desprescrição.....	50
Impactos Clínicos, Sociais e Sistêmicos da Dependência Farmacológica	51
Tolerância, abstinência e aprisionamento terapêutico	51
Prejuízos cognitivos e funcionais associados ao uso prolongado	52
Quedas, internações e agravamento de vulnerabilidade em idosos.....	53
Impactos sobre trabalho, relações sociais e autonomia	54
Impactos sistêmicos sobre serviços de saúde.....	55
Marcos Normativos, Diretrizes e Princípios de Saúde Pública Relevantes.....	56
O uso racional de medicamentos como princípio de saúde pública.....	56
Diretrizes de uso breve e cauteloso para benzodiazepínicos	57
A importância de protocolos de descontinuação segura e desprescrição	58
A ética da prescrição diante do risco de dependência iatrogênica	59
A relação entre saúde mental, cuidado integral e determinantes sociais	60
Obstáculos Políticos, Econômicos e Institucionais para Enfrentar o Problema ...	61

A dependência de soluções rápidas e baratas.....	61
Cultura médica e práticas de prescrição	62
O peso econômico e político da indústria farmacêutica	62
1A escassez de infraestrutura para alternativas terapêuticas	63
Caminhos de Solução e Eixos Possíveis de Resolução	65
Protocolos mais rigorosos de prescrição e revisão periódica	65
Sistemas nacionais de monitoramento do uso contínuo	66
Estratégias seguras e amplamente difundidas de descontinuação	67
Expansão de alternativas não medicamentosas	67
Regulação mais firme da atuação da indústria farmacêutica	68
Campanhas públicas de conscientização.....	69
Reorganização do cuidado em saúde mental para além da sedação	70
Perguntas que uma Resolução Deve Responder	72
Sugestões de Pesquisa Adicional	73
Diretrizes de Manejo Clínico e Uso Racional de Psicotrópicos	73
Determinantes Sociais, Saúde Mental e Cuidado Integral.....	73
Segurança do Paciente e Prevenção de Danos Iatrogênicos	74
Envelhecimento Ativo e Desinstitucionalização	74



Monitoramento Internacional e Controle de Substâncias Psicotrópicas	75
Pesquisas farmacológicas e clínicas sobre benzodiazepínicos.....	75
Estudos sobre medicalização e indústria farmacêutica.....	75
Materiais comparativos sobre políticas nacionais	76
Conclusão.....	77
A Dependência Farmacológica como Sintoma de um Modelo de Cuidado	77
A Urgência de Romper a Banalização do Uso Crônico.....	77
Desafio Político e Ético Colocado aos Delegados.....	78
Bibliografia	79

Carta dos Diretores

Prezados delegados,

É com grande satisfação que nós, membros da mesa diretora, damos as boas-vindas ao comitê da Organização Mundial da Saúde, dedicado ao tema “Sedação como mercado: benzodiazepínicos e dependência farmacológica”.

Somos Ada Jamile, Henrique Braga, Julia Sampaio, Manuela Gonzalez, Nicolle Marin e Nina Veloso, e temos o prazer de acompanhá-los ao longo deste comitê. Compartilhamos um forte interesse por temas relacionados à governança, geopolítica e pela proposta das simulações da ONU como espaços de debate, colaboração e construção de soluções para desafios complexos. Para nós, MUNs representam justamente o encontro entre análise crítica, diplomacia e criatividade, elementos essenciais para a condução deste comitê.

Desde o início, é importante reconhecer que este é um tema sensível. Estamos lidando com uma questão que envolve sofrimento psíquico real, uso clínico legítimo de medicamentos e riscos concretos de dependência farmacológica. Nesse sentido, espera-se que o debate seja conduzido com responsabilidade, evitando julgamentos simplistas e a banalização dos efeitos associados ao uso prolongado desses fármacos.

Os benzodiazepínicos figuram entre as classes de psicofármacos mais difundidas no mundo atual. O que antes era frequentemente interpretado como um problema pontual de prescrição hoje se configura como uma questão estrutural de saúde pública.

A relevância deste debate vai além da dimensão farmacológica. Trata-se de uma questão que impacta diretamente a forma como diferentes sociedades lidam com o sofrimento psíquico, organizam seus sistemas de saúde e equilibram o acesso ao cuidado com a segurança dos pacientes. Em um contexto de crescente medicalização da vida cotidiana e de pressões estruturais sobre os sistemas de saúde, discutir o uso e os limites desses medicamentos torna-se não apenas pertinente, mas necessário.

Mais do que discutir o uso indevido de medicamentos, este comitê propõe uma reflexão sobre o modelo de cuidado que passou a naturalizar a sedação prolongada como resposta recorrente ao sofrimento humano.

Dessa forma, espera-se que os delegados diferenciem conceitos como uso terapêutico legítimo, uso prolongado inadequado, tolerância, dependência farmacológica e abstinência, além de compreenderem a crise como resultado da interseção entre saúde mental, desigualdades sociais e a lógica de mercado.

No âmbito diplomático, o desafio será construir soluções equilibradas, que não se limitem nem ao proibicionismo nem à banalização da prescrição contínua.

Incentivamos fortemente que todos os delegados abordem este comitê com curiosidade e criatividade. Debates de qualidade surgem não apenas de discursos preparados, mas também da colaboração, da negociação e da troca de diversas perspectivas. Esperamos que este seja um espaço em que ideias possam ser questionadas com respeito, soluções sejam exploradas com profundidade e todos se sintam à vontade para contribuir ativamente.

Estamos ansiosos para conhecê-los e acompanhar debates dinâmicos, produtivos e bem fundamentados ao longo da simulação. Desejamos a todos uma excelente preparação e esperamos ver propostas inovadoras, consistentes e bem estruturadas sendo construídas neste comitê.

Com carinho,

Ada Jamile, Henrique Braga, Julia Sampaio, Nicolle Marin e Nina Veloso

Diretores, Organização Mundial da Saúde

DiploMUN Online 2026

Introdução

O sofrimento psíquico em sociedades ansiosas, exaustas e medicalizadas

A ascensão das doenças mentais, causadoras do sofrimento psíquico, é uma realidade que invade o cotidiano de cada vez mais pessoas. De crianças pequenas a idosos, a depressão, ansiedade, e demais doenças mentais atuam como uma epidemia silenciosa que muda a autopercepção e percepção do ambiente. Contudo, a causa exata dessa tendência perigosa ainda é incerta, mas cientistas constataram que um estilo de vida hiper-estimulado, individualista e inseguro – promovido pelas diversas substâncias como telas, alimentação industrializada, tabagismo e uso excessivo de medicação – pode ser um fator evidente.

Com esse contágio elevado, surgem também as tendências nocivas, resultado da falta de informação: a dependência farmacológica. Esse comportamento não ressalta apenas uma atuação irresponsável, mas o resultado de tendências gradativamente solidificadas como a automedicação, um mundo que anseia por respostas cada vez mais rápidas, a desigualdade no acesso ao tratamento e, principalmente, a pressão social baseada na descrença e na desvalorização das doenças mentais.

Esses quatro fatores centrais na problemática são vitais para entender que o caminho da sedação é o mais escolhido e, infelizmente, problemático: ele é mais fácil. Em um mundo em que cada vez é mais difícil ter tempo para refletir sobre si mesmo e sobre as percepções individuais, o esforço aumenta drasticamente com processos demorados, como a psicoterapia tradicional. Com isso, os tratamentos se tornam cada vez mais difíceis, caros e inalcançáveis, e o acesso ao tratamento psicológico “natura” torna-se distante. Portanto, a dependência e a sedação advinda dos benzodiazepínicos são uma saída que funciona temporariamente, mas seus efeitos a médio e longo prazo – apesar de não serem levados em consideração – podem ser muito prejudiciais.

O apelo terapêutico dos benzodiazepínicos

Esses medicamentos são escolhidos como uma resposta fácil pelo seu efeito rápido e pela simplicidade de obtenção. Uma causa terciária dessa questão se dá justamente pela forte difusão clínica dos benzodiazepínicos. Este é um fenômeno marcado pela alta frequência de prescrição

e consumo, consolidando-os como medicamentos amplamente utilizados para transtornos de ansiedade, insônia e outros estados de tensão. No entanto, esse uso generalizado por muitas autoridades médicas é justamente o cerne de preocupações significativas quanto à dependência, tolerância e intoxicações.

A construção histórica do uso excessivo dos medicamentos antidepressivos é resultado de uma evolução científica que substituiu métodos empíricos e, muitas vezes, perigosos por abordagens baseadas em evidências. Essa transição marca uma distinção clara entre tratamentos históricos (que incluíam sanguessugas, laxantes drásticos e substâncias tóxicas como mercúrio) e a farmacologia moderna, apesar de essa ainda apresentar riscos altíssimos discutidos posteriormente.

A difusão médica desses medicamentos é resultado de uma construção histórica que já dura anos, visto que já é um recurso pesquisado há décadas e, por estar em sua fase mais testada e com muitos efeitos adversos na atualidade comparados aos antigos, se torna atraente às grandes empresas, aos médicos e aos necessitados.

A transformação do alívio em dependência silenciosa

E nesse debate, a necessidade deve ser diferenciada do vício. O uso crônico de antidepressivos e, especialmente, de benzodiazepínicos pode levar ao que alguns autores chamam de "dependência vitalícia", perpetuando o silenciamento de dores emocionais. O medicamento, antes um meio para superar um momento difícil, passa a ser um elemento de segurança, regulação emocional, controle do sono ou funcionamento social presente com cada vez mais frequência. A dificuldade de perceber essa transformação reside no fato de que, ao tentar parar, o indivíduo experimenta sintomas de retirada e até de abstinência, que muitas vezes são confundidos com a volta da depressão. Isso cria um ciclo onde a manutenção do remédio torna-se mais fácil do que o processo de retirada.

A pergunta central do comitê

Portanto, aqui se fixa a pergunta central desta conferência: Como enfrentar a dependência farmacológica associada aos benzodiazepínicos sem negar a necessidade real de cuidado em saúde mental e sem manter um modelo de resposta ao sofrimento baseado na sedação recorrente?

A Organização Mundial da Saúde e seu Papel na Regulação Internacional de Medicamentos e Saúde Mental

O papel da OMS enquanto organismo de coordenação sanitária internacional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entrou em vigor no dia 7 de abril de 1948 visando o combate de doenças, o estabelecimento de padrões internacionais de saúde e a promoção do bem-estar físico e mental. Ela incluiu o bem-estar mental e psicológico no conceito de saúde, o qual a organização trata com mais vigor desde os anos 2000, desde o crescimento de casos de doenças e transtornos mentais. Tais transtornos, com a depressão e a ansiedade em foco, impactam não somente o meio social como também o econômico e, de acordo com dados do Banco Mundial, causam uma perda de US\$1 trilhão por ano em produtividade ao redor do globo.

Alinhada com os princípios de manutenção da saúde e alinhamento intergovernamental, a OMS formula diretrizes baseadas em evidências científicas, recomenda políticas públicas a seguir, incentiva cooperação técnica e científica entre Estados e define referências e prioridades globais. O organismo estabelece parâmetros para o uso saudável de medicamentos e substâncias, além de indicar a situação em que cada um deve ser utilizado. Dessa forma, as medidas adotadas possuem embasamento técnico-científico e caráter recomendatório.

Ao mesmo tempo que promove a cooperação internacional, a Organização Mundial da Saúde colabora com especialistas da área da saúde para capacitação de profissionais, realização de pesquisas para aumentar a precisão de protocolos implementados e aperfeiçoar as políticas públicas a nível regional. Por exemplo, o Mental Health Action Plan da OMS visa a ampliação do tratamento da saúde mental para aperfeiçoamento de práticas clínicas locais, em especial por meio do treinamento médico e coleta de relatórios, produzidos por órgãos de saúde e profissionais regionais.

Ademais, a organização classifica e monitora doenças, principalmente por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID), um sistema que define e nomeia todas as doenças, facilitando a comunicação internacional, a partilha de dados e informações e a avaliação da situação global

de cada condição. Esse mecanismo facilita o monitoramento não só de distúrbios, mas também de tratamentos e políticas públicas. Ele contribui para a cooperação dentro e fora de países e o apoio da OMS a medidas nacionais para espalhá-las pelo globo, além da criação de relatórios internacionais. Ele inspeciona, adota ou repudia tendências sanitárias, além de alertar situações de emergência de doenças ao redor do mundo para que outros órgãos atuem, como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o qual atua no controle de substâncias não regulamentadas e dependência química.

Dessa forma, quando procedimentos clínicos são banalizados e passam a demonstrar efeitos estruturais de dependência e consumo em massa, a OMS entra com o papel de mediar e coordenar medidas internacionais, capacitar países sem a estrutura necessária para abordar o problema e diminuir a fragmentação entre países. Ela se torna uma peça essencial para reforçar o acesso igualitário ao tratamento de doenças e redução do consumo de substâncias.

A OMS na agenda de medicamentos essenciais e sua atuação no uso racional de fármacos e saúde mental

A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais (EML) da OMS é um guia global criado para descrever fármacos fundamentais para tratar-se das necessidades básicas da população. Ela auxilia para o acesso de todos a necessidades farmacêuticas, enquanto, por meio de diretrizes de uso recomendadas para cada remédio, colabora para o uso racional de substâncias que, ao serem utilizadas em excesso, afetam negativamente o organismo. A EML compreende benzodiazepínicos, como Diazepam e Alprazolam, no entanto, o consumo recomendado é de, no máximo, 4 semanas e controlado por um profissional da saúde. Dessa forma, a organização reduz, de maneira indireta, os danos que acompanham o tratamento e diminui a probabilidade de causar dependência química.

Dessa forma, a saúde física e mental da população está diretamente relacionada com o cumprimento das observações feitas pela organização para os benzodiazepínicos. Com a ampliação da autoprescrição e treinamento precário de profissionais, o uso desregulado de medicamentos como Diazepam e Alprazolam aumentou drasticamente e, atualmente, cerca de 20 milhões de adultos fazem uso inadequado desses medicamentos. Nesse contexto, a OMS tem o papel de induzir os países a propagar o uso adequado dessas substâncias, mesmo não sendo capazes de impor medidas.

Limitações da OMS enquanto instituição

Embora seja uma instituição essencial para a discussão de diversos assuntos relacionados à saúde pública, a OMS possui limitações para implementar as medidas estabelecidas. É importante ressaltar que o comitê é recomendatório e, portanto, sua influência depende da adesão dos Estados, das ações dos governos e da cooperação de profissionais e instituições em relação às sugestões feitas pela organização. Ademais, ela não controla diretamente a prescrição de remédios como Diazepam e Alprazolam em consultórios e clínicas, ou a distribuição nacional de benzodiazepínicos em cada país.

Consequentemente, transformações reais dificilmente são alcançadas dentro de tal órgão. Ele se torna dependente dos interesses econômicos, culturas medicinais e fragilidades estruturais, limitando suas ações e restringindo mudanças reais para a população.

As possíveis ações da OMS frente aos benzodiazepínicos

Diante da crise dos benzodiazepínicos, a função da OMS não é proibir substâncias, criar leis de consumo ou punir países, visto que, além de ser um órgão recomendatório, isso foge de seu escopo. A OMS tem o papel de elaborar recomendações científicas sobre o uso seguro e prescrição correta de tais substâncias, incluindo duração de uso, quantidade apropriada e retirada gradual, além de apoiar sistemas nacionais na vigilância do uso contínuo e da dependência de medicamentos. A OMS também é encarregada de promover o debate sobre saúde mental, dominância da indústria farmacêutica, medicalização excessiva, formação médica e terapias não medicamentosas.

Portanto, a organização trabalha por meio do alinhamento global e cooperação internacional, ao invés de fazer imposições. Assim ela diminui a desigualdade de desenvolvimento científico entre países e evita a expansão do consumo de benzodiazepínicos.

A interação entre a OMS e outros atores relevantes

A OMS não atua de forma independente, mas ela coopera com agências reguladoras e associações médicas para orientá-las em diretrizes técnicas, oferecer apoio institucional e financeiro e fiscalizar a prescrição de substâncias, além de trabalhar com ministérios de saúde e sistemas hospitalares para coordenar programas de saúde nacionais e treinar profissionais.

Além disso, a organização também possui programas dentro de universidades, como a King 's College of London e a Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, chamados WHO Collaborating Centres (Centros Colaboradores da OMS). Dentro deles, o órgão financia bolsas de estudo para estudantes produzirem pesquisas científicas, as quais serão a base para os critérios recomendados pela OMS.

A relação entre saúde física e mental comunitária também é uma das prioridades de tal comitê. Para isso, a OMS trabalha a nível regional com o diálogo entre especialistas locais, redes de atenção primária, como hospitais e clínicas, e pesquisas independentes para assegurar uma melhoria em ambos os quesitos. Desse modo, existe coordenação internacional e regional para melhor atuação da organização.

Desse modo, a crise não deve ser tratada puramente como um tema farmacológico, mas como um tema de governança sanitária, organização regional e risco social.

Conceitos Fundamentais para o Debate

A eficácia das discussões no âmbito da OMS depende da precisão terminológica e da compreensão de como pequenos ajustes na química cerebral podem gerar crises de saúde pública em escala global. Este material estabelece a base para que o delegado saia da superfície e compreenda a mecânica da dependência.

Glossário de Conceitos Básicos

- **SNC (Sistema Nervoso Central):** É o quartel-general do corpo, formado pelo cérebro e pela medula espinhal. Os benzodiazepínicos agem aqui como "moderadores", diminuindo a velocidade com que os neurônios disparam informações, o que resulta em calma, sono ou relaxamento muscular.
- **GABA (Ácido Gama-Aminobutírico):** Imagine o cérebro como um carro em alta velocidade; o GABA é o sistema de freios. Ele é um neurotransmissor inibitório. Sem ele, o cérebro ficaria em estado de agitação constante.
- **Agonista Alostérico:** Este é um conceito técnico crucial. O benzodiazepínico não substitui o GABA, ele se "encaixa" ao lado dele no neurônio para fazer com que o freio funcione com muito mais força. É uma potencialização da inibição natural.
- **Meia-Vida Farmacológica:** É o tempo que o organismo leva para eliminar 50% da droga do sangue. No debate, isso é vital: drogas de meia-vida longa (como o Diazepam) podem causar "ressaca" e acúmulo no corpo, enquanto as de meia-vida curta (como o Alprazolam) causam crises de abstinência mais rápidas e intensas.
- **Tolerância:** É a "memória" do corpo. O cérebro percebe que há um freio externo agindo e tenta compensar acelerando outros sistemas. Com isso, a dose antiga para de funcionar, forçando o usuário a tomar mais para sentir o mesmo efeito.
- **Dependência Farmacológica:** É quando o corpo perde a capacidade de se equilibrar sozinho. O cérebro passa a contar com o remédio para realizar funções básicas, como relaxar ou dormir. A interrupção gera um "caos" biológico.
- **Iatrogenia:** Este termo é a base política do debate. Refere-se a doenças ou danos causados pelo próprio tratamento médico. Quando um médico prescreve um sedativo por anos e o paciente vicia, estamos diante de uma dependência iatrogênica.

Benzodiazepínicos: Evolução Farmacológica e o Paradoxo da Segurança Clínica

A introdução dos benzodiazepínicos na prática clínica, em meados do século XX, representou um dos marcos mais significativos da psicofarmacologia moderna. Ao surgirem como uma alternativa aos barbitúricos (substâncias de manejo complexo e elevado risco de letalidade por depressão respiratória), os benzodiazepínicos foram rapidamente integrados ao arsenal médico devido ao seu perfil de segurança superior em episódios de toxicidade aguda. Estruturalmente, esses compostos são depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) que atuam de forma seletiva sobre os mecanismos neurológicos de controle da ansiedade, do sono e da excitabilidade muscular, equilibrando a eficácia terapêutica com uma versatilidade que os tornou produtos de consumo massivo em escala global.



O funcionamento biológico dos benzodiazepínicos baseia-se primordialmente na modulação alostérica positiva do ácido gama-aminobutírico, conhecido como GABA, que é o principal mediador inibitório do cérebro humano. Diferente de outras substâncias mais antigas e

perigosas, esses fármacos não ativam o receptor GABA-A de maneira isolada, mas sim potencializam a afinidade natural que o receptor já possui pelo GABA que circula no organismo.

Ao se vincularem a sítios específicos da célula nervosa, essas moléculas facilitam a abertura dos canais iônicos e permitem que ocorra um maior influxo de íons cloreto para o interior dos neurônios. Como consequência direta desse processo, ocorre a hiperpolarização da membrana celular, o que deixa as células nervosas menos propensas a disparar impulsos elétricos e gera uma espécie de frenagem sináptica no sistema nervoso central. É justamente esse mecanismo que sustenta as propriedades ansiolíticas e sedativas de medicamentos populares como o Diazepam, o Clonazepam e o Alprazolam, os quais apresentam perfis farmacocinéticos variados que definem tanto a rapidez com que o alívio é sentido quanto o tempo que a substância permanece ativa no corpo do paciente.

No entanto, a relevância dessa classe de medicamentos para o debate atual em saúde pública reside em uma dualidade profunda que atrai a atenção de órgãos como a Organização Mundial da Saúde. Por um lado, a excelência técnica dessas substâncias é incontestável no tratamento de urgências, sendo ferramentas vitais para interromper crises epiléticas ou surtos de pânico. Por outro lado, a falsa percepção de que seriam remédios inofensivos acabou por alimentar uma cultura de prescrição prolongada e muitas vezes indiscriminada ao redor do mundo.

Essa capacidade de silenciar sintomas agudos de forma quase instantânea gerou uma dependência que ultrapassa o nível biológico e se manifesta como uma fragilidade sistêmica nos próprios serviços de saúde. Em muitos contextos, a sedação farmacológica acaba sendo adotada como um paliativo de baixo custo em substituição a intervenções psicossociais e psicoterápicas que seriam mais completas, porém mais onerosas e lentas. Dessa maneira, entender os benzodiazepínicos na atualidade exige o reconhecimento de um paradoxo fundamental, visto que eles representam uma ferramenta clínica essencial que, ao ser trivializada, corre o risco de mascarar necessidades de saúde mental muito mais profundas e de perpetuar o uso crônico de substâncias que foram originalmente projetadas apenas para intervenções de curto prazo.

O Limiar entre o Uso Terapêutico e a Manutenção Prolongada

A validade clínica de um tratamento com benzodiazepínicos é definida de forma rigorosa pelo tempo de exposição, sendo que o uso de curto prazo representa o único cenário de uso racional consolidado pela ciência médica. Nesses intervalos de até quatro semanas, o fármaco atua como

uma ponte estratégica para estabilizar pacientes em situações de crise situacional extrema, como traumas agudos ou insônia incapacitante, permitindo que o indivíduo recupere sua funcionalidade básica enquanto outras intervenções começam a agir. Durante este período limitado, o risco de alterações permanentes na neuroquímica cerebral é administrável, mantendo o medicamento dentro de sua função original de suporte transitório.

Contudo, a fronteira entre o benefício e o dano é atravessada quando a prescrição é renovada sem critérios claros de interrupção, levando ao uso prolongado que pode durar anos. À medida que o tempo passa, o cérebro inicia o complexo processo de neuroadaptação, reduzindo a sensibilidade de seus receptores naturais para compensar a sedação externa constante e criando um estado de dependência onde a química cerebral torna-se incapaz de manter o equilíbrio sem a substância. Nesse estágio, o indivíduo muitas vezes não consome mais o fármaco para tratar sua ansiedade original, mas sim para evitar o terror físico da abstinência, consolidando um ciclo de manutenção crônica que está cientificamente associado a prejuízos cognitivos severos e ao aumento alarmante do risco de quedas e processos demenciais em populações vulneráveis.

A Dinâmica da Tolerância, Dependência e Abstinência

O ciclo da dependência química não é um evento súbito ou isolado, mas sim um processo adaptativo contínuo do organismo que se manifesta inicialmente através do fenômeno da tolerância. Esta condição ocorre quando o sistema nervoso se ajusta à presença constante do fármaco e passa a exigir doses progressivamente maiores para produzir o mesmo efeito calmante de antes, sinalizando que o cérebro está tentando neutralizar a sedação externa. Quando essa adaptação se estabiliza, o indivíduo atinge o estado de dependência farmacológica plena, no qual a substância deixa de ser um auxílio externo e passa a ser um componente obrigatório para a homeostase do corpo, resultando em uma incapacidade funcional completa caso o uso seja interrompido bruscamente.

A manifestação mais dolorosa e perigosa desse desequilíbrio é a síndrome de abstinência, que surge como uma crise de hiperestimulação do sistema nervoso central quando a droga é retirada sem o devido protocolo médico. Como o cérebro perdeu sua capacidade natural de "frenagem" devido à presença prolongada do sedativo, a sua ausência repentina provoca uma tempestade de impulsos elétricos que se traduz em tremores, taquicardia, ansiedade rebote e, em cenários críticos, delírios e convulsões letais. Portanto, a abstinência deve ser compreendida pelas

delegações não apenas como um desconforto psicológico, mas como uma falha orgânica grave que exige suporte médico intensivo e evidencia o perigo de interromper tratamentos crônicos sem uma estrutura de saúde robusta.

Perspectivas Éticas sobre Dependência, Abuso e Uso Problemático

Um dos maiores desafios técnicos e humanitários para este comitê da Organização Mundial da Saúde reside na necessidade urgente de desconstruir a ideia de que a dependência química está invariavelmente ligada a comportamentos de busca por prazer ou a supostos desvios de conduta individual. No cenário dos benzodiazepínicos, torna-se imperativo estabelecer uma distinção clara entre o abuso recreativo e a chamada dependência iatrogênica, que ocorre quando o paciente desenvolve um vício severo ao seguir rigorosamente as orientações de seu médico e confiar na legitimidade institucional de uma prescrição. Nestas circunstâncias, o sistema de saúde deixa de ser o agente da cura para se tornar o principal causador do problema, o que exige que as soluções discutidas pelos delegados foquem na regulação ética da prática médica e na responsabilidade objetiva da indústria farmacêutica, em vez de simplesmente punir ou estigmatizar o usuário final, que é, em última análise, uma vítima de falhas sistêmicas.

A profundidade ética desse debate se estende à compreensão de que o uso problemático também abrange a automedicação e o compartilhamento informal de sobras de receitas dentro do ambiente familiar, práticas que emergem de sociedades onde a sedação é apresentada como a única resposta viável e imediata para o estresse cotidiano e as pressões da vida moderna. Ao compreender que a dependência nasce frequentemente de práticas institucionais aceitas e da oferta de soluções químicas rápidas para crises sociais profundas, como o desemprego, a insegurança alimentar ou a violência urbana, o comitê pode finalmente deslocar o debate do campo da moralidade para o campo da saúde pública e dos direitos humanos. Esta mudança de perspectiva permite que o foco recaia sobre a implementação de diretrizes que priorizem a cura sustentável e o suporte psicossocial, reconhecendo que a dependência farmacológica de massa é uma patologia sistêmica e estrutural.

A consolidação de uma resposta eficaz exige, portanto, que os Estados-membros encarem a necessidade de reformas educacionais profundas nas faculdades de medicina, combatendo a cultura da "prescrição rápida" e o marketing agressivo que muitas vezes distorce a percepção de

risco dos profissionais de saúde. A ética médica deve ser reafirmada para garantir que o paciente não seja reduzido a um conjunto de sintomas a serem silenciados, mas tratado como um sujeito inserido em um contexto social que exige escuta e intervenções não farmacológicas. Para as delegações, o cerne da questão ética é decidir como responsabilizar as cadeias de produção e distribuição de medicamentos sem comprometer o acesso daqueles que realmente necessitam do fármaco em situações de urgência, equilibrando a liberdade de prescrição com o dever inalienável de proteção à saúde coletiva e à autonomia do indivíduo.

Em conclusão, a análise ética da dependência deve considerar o peso da desigualdade social no acesso a tratamentos de saúde mental de qualidade, uma vez que a sedação química prolongada acaba sendo imposta de forma desproporcional às populações mais vulneráveis como um substituto barato para o cuidado longitudinal. O compromisso deste comitê deve ser o de promover um controle rigoroso do mercado de psicotrópicos e uma vigilância sanitária ativa que identifique padrões de prescrição nocivos antes que eles se transformem em epidemias locais. Somente ao tratar a dependência como um subproduto de falhas institucionais e mercadológicas, e não como uma falha de caráter do cidadão, será possível desenhar políticas de desmedicalização que devolvam ao paciente o direito a uma vida funcional e livre da escravidão química institucionalizada.

A Crítica à Medicalização do Sofrimento e à Sedação como Política

A medicalização do sofrimento humano representa um dos fenômenos mais preocupantes para a saúde global, caracterizando-se pela transformação de angústias existenciais e sociais em diagnósticos puramente farmacológicos. Em vez de se abordarem as causas estruturais da tristeza ou da ansiedade, como a precariedade econômica e o esgotamento laboral, a tendência das últimas décadas tem sido silenciar essas vivências por meio da sedação química. Neste contexto, o benzodiazepínico funciona como uma tecnologia de amortecimento que anestesia a capacidade de reação do indivíduo diante da realidade, servindo muitas vezes como uma ferramenta de controle social disfarçada de cuidado médico que impede a busca por transformações reais nas condições de vida.

Para sistemas de saúde pública sob constante pressão financeira, a oferta de sedativos tornou-se a resposta institucional mais disponível e econômica, operando em detrimento de modelos de

atenção que valorizem a escuta qualificada e o acompanhamento longitudinal. É significativamente mais simples e barato distribuir pílulas do que estruturar redes de assistência social e psicoterápica que ataquem as raízes do adoecimento mental. O grande desafio dos delegados é, portanto, propor mecanismos que incentivem a desmedicalização das relações humanas, defendendo que o bem-estar mental não pode ser reduzido a um equilíbrio químico e que a sedação não deve ser utilizada como uma mercadoria para mascarar as falhas estruturais das sociedades contemporâneas.

Estratégias de Descontinuação e a Ética do Desmame Seguro

A superação definitiva da epidemia de benzodiazepínicos requer que a descontinuação do uso seja tratada com a mesma seriedade clínica que o início de qualquer tratamento complexo. Devido ao impacto profundo da neuroadaptação, a retirada dessas substâncias deve seguir protocolos rigorosos de redução gradual, conhecidos internacionalmente como *tapering*, para permitir que o sistema nervoso recupere sua autonomia de forma segura. Interrupções abruptas são clinicamente irresponsáveis e frequentemente resultam em recaídas traumáticas que reforçam a dependência, uma vez que o sofrimento da abstinência é equivocadamente interpretado pelo paciente como o retorno de sua doença original, criando um medo paralisante de viver sem a medicação.

Uma política de saúde eficaz promovida pela OMS deve garantir o acesso a programas de desmame assistidos por equipes multidisciplinares, focando na educação do paciente e no suporte psicológico durante o período de reajuste biológico. É imperativo que o processo de retirada não seja conduzido de forma culpabilizante ou punitiva, mas sim como um direito do indivíduo à sua saúde e soberania química. Ao assegurar que o caminho para a cessação do uso seja tecnicamente assistido e respeitado, as delegações combaterão não apenas o vício individual, mas também a lógica de mercado que lucra com a manutenção crônica de pacientes sedados, devolvendo a medicina à sua missão original de promover a cura e a autonomia.

Formação Histórica e Estrutural do Problema

A introdução dos benzodiazepínicos como alternativa aos barbitúricos

O surgimento dos benzodiazepínicos deve ser compreendido no contexto de uma busca por medicamentos capazes de tratar ansiedade, insônia e outras condições relacionadas ao sofrimento psíquico de forma mais segura. Antes de sua introdução, os barbitúricos eram amplamente utilizados, mas apresentavam riscos elevados, especialmente devido à alta probabilidade de overdose e dependência.

Nesse cenário, já se evidenciava um desafio central: a existência de uma linha tênue entre o uso terapêutico e o desenvolvimento de dependência. Embora eficazes no alívio dos sintomas, esses medicamentos frequentemente expunham pacientes a riscos significativos.

Foi nesse contexto que os benzodiazepínicos foram introduzidos, a partir das décadas de 1950 e 1960, como uma alternativa considerada mais segura. Sua eficácia no alívio rápido dos sintomas, aliada à percepção de menor risco, contribuiu para sua rápida incorporação à prática clínica e para a substituição progressiva dos barbitúricos.

No entanto, embora tenham surgido como uma solução, os benzodiazepínicos não eliminaram completamente o desafio estrutural envolvido no uso de sedativos. Ao contrário, mantiveram, ainda que de forma menos evidente, o risco de dependência, especialmente em casos de uso prolongado.

A expansão da prescrição e medicalização do sofrimento

Ao longo das décadas seguintes à sua introdução, os benzodiazepínicos passaram por uma expansão significativa de uso, acompanhando o aumento da demanda por intervenções em saúde mental e a valorização de soluções rápidas para o alívio do sofrimento psíquico.

Inicialmente prescritos para condições específicas e de forma temporária, esses medicamentos passaram a ser utilizados em uma gama mais ampla de situações, incluindo estresse cotidiano, ansiedade leve e dificuldades relacionadas ao ritmo da vida moderna. Nesse processo,

experiências comuns passaram a ser cada vez mais interpretadas sob uma lógica clínica, favorecendo respostas baseadas no uso de medicamentos.

A facilidade de prescrição e acesso contribuiu diretamente para essa expansão. Em muitos contextos, os benzodiazepínicos tornaram-se uma resposta rápida diante de limitações estruturais dos sistemas de saúde, como falta de tempo para acompanhamento prolongado ou escassez de alternativas terapêuticas. Como resultado, seu uso frequentemente ultrapassa as recomendações clínicas de curto prazo.



Esse cenário contribuiu para a consolidação de um fenômeno mais amplo de medicalização, no qual o sofrimento passa a ser tratado predominantemente como uma condição a ser gerida farmacologicamente, reforçando a busca por alívio imediato em detrimento de abordagens mais estruturais.

Normalização do uso prolongado e descobrimento dos riscos

Com a ampliação do uso de benzodiazepínicos, tornou-se cada vez mais comum a utilização desses medicamentos por períodos superiores ao recomendado. Embora diretrizes clínicas indiquem seu uso preferencialmente a curto prazo, muitos pacientes permanecem em tratamento contínuo por meses ou anos.

Esse padrão favorece o desenvolvimento de tolerância, em que o organismo passa a responder menos aos efeitos do medicamento, levando à necessidade de manutenção ou aumento da dose. Paralelamente, a interrupção do uso pode desencadear sintomas de abstinência, como ansiedade intensa, insônia, irritabilidade e, em casos mais graves, manifestações neurológicas.

Como resultado, estabelece-se um quadro de dependência farmacológica que pode surgir mesmo em contextos de uso prescrito e supervisionado, não estando necessariamente associado ao abuso. Estudos indicam que a dependência pode se desenvolver após semanas ou meses de uso contínuo, especialmente quando há renovação frequente de prescrições.

Além disso, o uso prolongado tende a persistir mesmo diante da redução dos benefícios ao longo do tempo, enquanto os riscos associados permanecem ou se intensificam.

Assim, observa-se um descompasso entre as recomendações clínicas e a prática, no qual o tratamento, inicialmente voltado ao alívio de sintomas, pode gradualmente transformar-se em parte do próprio problema.

A transformação do sofrimento em oportunidade farmacológica

A consolidação do uso prolongado de benzodiazepínicos não pode ser compreendida apenas como resultado de decisões individuais. Trata-se de um fenômeno influenciado por fatores estruturais, como a organização dos sistemas de saúde, a limitação de acesso a alternativas terapêuticas e a centralidade da resposta medicamentosa no cuidado em saúde mental.

Em muitos contextos, a prescrição desses medicamentos se insere em cenários marcados por alta demanda, tempo reduzido de atendimento e escassez de recursos para acompanhamento

contínuo. Nessas condições, soluções farmacológicas tendem a se tornar a alternativa mais viável, reforçando padrões de uso prolongado.

Além disso, a ampla disponibilidade desses fármacos e sua integração à prática clínica ao longo das últimas décadas contribuíram para a normalização de seu uso, dificultando a percepção dos riscos associados. Como resultado, o tratamento medicamentoso passa a ocupar uma posição central, muitas vezes em detrimento de abordagens mais abrangentes.

Dessa forma, a crise relacionada aos benzodiazepínicos deve ser compreendida como resultado de um conjunto de fatores interligados, que envolvem práticas médicas, estruturas institucionais e dinâmicas mais amplas de organização do cuidado em saúde. Nesse cenário, o uso desses medicamentos deixa de ser apenas uma ferramenta terapêutica e passa a refletir um modelo mais amplo de resposta ao sofrimento psíquico.

A Estrutura da Crise dos Benzodiazepínicos

Para que este comitê possa formular resoluções que atinjam a raiz do problema, é necessário compreender que a crise dos benzodiazepínicos não é um evento isolado na medicina, mas o reflexo de uma estrutura social que demanda a produtividade constante em detrimento da saúde emocional. A análise a seguir explora como a sedação se tornou uma engrenagem essencial para a manutenção de sistemas sociais que, por sua própria natureza, são produtores de sofrimento.

A Normalização da Sedação como Estratégia de Adaptação Social

A contemporaneidade estabeleceu um cenário onde a sedação química deixou de ser uma intervenção de exceção para se tornar uma ferramenta de normalização biológica, permitindo que os indivíduos se adaptem a contextos que seriam, em condições naturais, intoleráveis. Observa-se que o uso desses fármacos é frequentemente direcionado para mitigar os efeitos de jornadas de trabalho exaustivas, insônias persistentes decorrentes da hiperestimulação e angústias existenciais que emergem da solidão e do luto. No entanto, o ponto crítico dessa tendência é que o medicamento atua exclusivamente no silenciamento do sintoma, sem que haja qualquer movimento para alterar as condições estruturais e sociais que produzem a dor original. Dessa forma, o benzodiazepínico funciona como um amortecedor que viabiliza a continuidade do indivíduo em ambientes hostis, transformando o sofrimento em um problema estritamente individual e farmacológico, em vez de uma questão coletiva e política.

A sedação atua, portanto, como uma tecnologia de manutenção da funcionalidade em contextos sociais insustentáveis, onde a prioridade do sistema deixa de ser o bem-estar pleno para se tornar a preservação da capacidade produtiva do cidadão. Quando um sistema de saúde oferece um sedativo a um trabalhador esgotado ou a um indivíduo em colapso psíquico sem questionar as causas externas desse estado, ele está operando uma lógica de reparo rápido que permite o retorno imediato à engrenagem social, ignorando o desgaste profundo que essa "funcionalidade forçada" causa a longo prazo. Esse fenômeno cria um ciclo de dependência que é duplamente lucrativo para certas estruturas econômicas, pois mantém a venda de medicamentos em alta e garante que a força de trabalho não seja interrompida por crises emocionais que demandariam mudanças estruturais nas relações de trabalho e de convivência.

Diante dessa realidade, a pergunta fundamental que as delegações da Organização Mundial da Saúde devem enfrentar reside no verdadeiro papel dos sistemas nacionais de saúde na atualidade. É preciso questionar se as instituições estão de fato promovendo o cuidado longitudinal e a cura ou se estão apenas fornecendo mecanismos químicos para amortecer sintomas e permitir a continuidade produtiva a qualquer custo. O desafio do debate é reconhecer que a sedação em massa pode ser uma forma de negligência institucional disfarçada de assistência médica, o que exige que as políticas públicas futuras priorizem a transformação das condições de vida e a escuta qualificada em vez de apostarem na medicalização como resposta universal para os desafios da existência humana.

A Passagem do Cuidado Legítimo à Dependência Institucionalmente Autorizada

A transição entre o acolhimento terapêutico inicial e a cristalização de uma dependência prolongada representa um dos fenômenos mais complexos e silenciosos da medicina contemporânea, ocorrendo frequentemente sob o manto da legalidade e da supervisão clínica. Observa-se que uma parcela significativa de pacientes inicia o uso de benzodiazepínicos amparada por diagnósticos precisos e acompanhamento médico rigoroso, mas acaba, anos depois, aprisionada em um uso contínuo para o qual nunca houve um plano de saída ou uma estratégia de descontinuação estabelecida. Esse cenário revela uma forma de dependência que se instala dentro da própria lógica da prescrição regular e não apenas à margem dela, uma vez que a renovação automática de receitas e a falta de reavaliação periódica transformam uma intervenção que deveria ser temporária em uma condição permanente e vitalícia.

A gravidade dessa crise reside justamente na dificuldade de reconhecê-la como tal, visto que ela assume uma forma legal, médica e socialmente aceita que a protege de críticas mais severas. Quando a dependência é mediada por um carimbo médico e por farmácias regulamentadas, ela se torna invisível aos olhos das estatísticas tradicionais de abuso de substâncias, criando uma massa de dependentes que não se enxergam como viciados e sistemas de saúde que não se enxergam como agentes causadores de dano. Essa autorização institucional da dependência mascara o fato de que a segurança biológica do fármaco foi confundida com a segurança de seu uso a longo prazo, permitindo que a iatrogenia se torne uma prática comum e pouco questionada dentro das rotinas de atendimento primário ao redor do globo.

O Deslocamento do Problema do Plano Individual para o Plano Sistêmico

Ao analisarmos a escala global do consumo de benzodiazepínicos, torna-se evidente que a crise não pode ser reduzida a uma sucessão de escolhas pessoais erradas ou a fragilidades individuais, mas deve ser compreendida como o resultado de padrões sistêmicos de falhas estruturais. O problema envolve uma rede complexa que inclui desde a formação profissional insuficiente em saúde mental, que prioriza o manejo farmacológico rápido, até as pressões econômicas do mercado farmacêutico que incentivam a medicalização de sintomas cotidianos. Quando milhões de trajetórias individuais convergem para o mesmo padrão de dependência e dificuldade de retirada, o fenômeno deixa de ser uma exceção isolada para se tornar uma evidência irrefutável de um problema estrutural que exige respostas políticas coordenadas e não apenas intervenções clínicas pontuais.

A importância de construir uma resposta de saúde pública robusta reside na necessidade de abandonar as abordagens moralizantes que culpam o paciente por sua condição, deslocando o foco para a regulação do acesso, a oferta de terapias não farmacológicas e a reforma dos protocolos de prescrição. Reconhecer que a crise é sistêmica implica admitir que o acesso desigual a psicólogos e psiquiatras especializados força populações vulneráveis a buscarem na pílula o único alívio acessível para suas dores. Portanto, para este comitê da OMS, o cerne da solução deve ser o fortalecimento dos determinantes sociais de saúde e a implementação de mecanismos de vigilância farmacêutica que protejam a autonomia do indivíduo, garantindo que o cuidado em saúde mental seja pautado pela sustentabilidade e pela dignidade humana e não apenas pela conveniência da sedação em massa.

A Banalização Clínica do Uso Contínuo

A cristalização da crise dos benzodiazepínicos encontra um de seus pilares mais resistentes na banalização clínica do uso contínuo, um fenômeno em que a cronicidade do tratamento deixa de ser vista como um risco para ser aceita como uma norma administrativa. Observa-se que, em muitos sistemas de saúde, a prática da renovação automática de receitas tornou-se uma ferramenta para lidar com a alta demanda, resultando em uma baixa taxa de reavaliação periódica e na ausência quase total de um plano terapêutico de médio e longo prazo. Nesses cenários, o medicamento perde sua função original de intervenção pontual e passa a ser

gerenciado como um item de manutenção básica, onde o foco clínico se desloca da busca pela cura ou pela resolução do conflito psíquico para a simples manutenção da estabilidade química do paciente através da reiteração burocrática da prescrição.

Essa banalização é alimentada por contextos de sobrecarga assistencial e consultas excessivamente breves, onde o profissional de saúde, pressionado pelo tempo e pela falta de alternativas acessíveis, recorre ao sedativo como a resposta mais imediata e garantida para o sofrimento do indivíduo. Em sistemas onde o acesso a psicoterapias, práticas integrativas ou suporte social é escasso ou demorado, o benzodiazepínico acaba sendo utilizado como um substituto precário de uma rede de cuidado que o Estado frequentemente não oferece. Essa substituição cria uma ilusão de assistência, pois embora o paciente saia da consulta com uma solução para sua angústia imediata, ele permanece desassistido em relação às causas profundas de seu mal-estar, sendo conduzido a um isolamento farmacológico que desestimula a busca por formas mais sustentáveis de saúde mental.

Dessa forma, é imperativo que este comitê reconheça que a banalização do uso contínuo não é apenas uma falha individual do prescritor, mas uma adaptação de sobrevivência de sistemas de saúde que falham em fornecer o cuidado longitudinal necessário. A conscientização deve focar na transformação das diretrizes clínicas para que cada renovação de psicotrópicos seja acompanhada de uma revisão crítica e de um esforço ativo para o desmame seguro quando indicado. Somente ao enfrentar a lógica da "receita como solução final" e ao investir em redes de cuidado multifacetadas, os sistemas de saúde poderão romper com a iatrogenia institucionalizada, devolvendo ao medicamento seu papel de recurso transitório e garantindo que o cuidado médico seja pautado pela recuperação da autonomia do paciente e não pela sua sedação perpétua.

Principais Causas e Fatores de Expansão do Fenômeno

Prescrição excessiva e prolongada para além das recomendações clínicas

O uso de benzodiazepínicos por períodos que extrapolam as recomendações clínicas é um dos vetores centrais da crise de dependência farmacológica. A Food and Drug Administration (FDA) estadunidense, após revisão sistemática das evidências disponíveis, concluiu que esses medicamentos não demonstraram eficácia comprovada para uso além de quatro meses e apenas nove semanas no caso do clonazepam, e que "o uso contínuo de benzodiazepínicos pode levar à dependência física clinicamente significativa" (Sigler et al., 2024). Apesar disso, os dados empíricos revelam uma distância expressiva entre diretrizes e prática clínica: quatro quintos dos pacientes que recebem prescrição de benzodiazepínicos relatam uso por mais de seis meses, muito além do que é recomendado pela própria agência reguladora como uso de "curto prazo" (AHRQ, 2022).

Esse padrão é especialmente agudo entre idosos. Nos Estados Unidos, entre os usuários com 80 anos ou mais, 90,2% das consultas em que benzodiazepínicos são prescritos correspondem a renovações de uso contínuo; e apenas 16% desses pacientes têm algum diagnóstico de saúde mental registrado (Maust et al., 2016). A dificuldade de interromper o uso quando ele já se tornou hábito clínico e social é reconhecida amplamente na literatura: prescrever novamente é mais acessível, mais rápido e menos trabalhoso do que conduzir um processo estruturado de desprescrição, especialmente em sistemas de saúde sobrecarregados. Como sintetizam Siriwardena e colaboradores (2010), médicos generalistas desejam oferecer alternativas terapêuticas não medicamentosas, mas são frequentemente estrangidos por serviços insuficientemente desenvolvidos, falta de financiamento para psicoterapia e pressões do tempo de consulta.

As diretrizes clínicas internacionais têm buscado sistematizar critérios de desprescrição, recomendando reduções graduais de 20 a 25% da dose, mantidas por duas a quatro semanas antes de nova redução— com consenso de que interrupções abruptas representam risco grave (NCQA, 2026). Contudo, a existência de diretrizes não garante sua adoção: uma revisão de

escopo internacional com 113 documentos de prática clínica identificou mensagens convergentes sobre restrição ao uso de curto prazo, mas registrou também discrepâncias significativas entre evidências e prática real (Marriott et al., 2024).

A influência da indústria farmacêutica na legitimação e ampliação do consumo

A expansão do mercado de benzodiazepínicos não pode ser compreendida sem considerar o papel ativo da indústria farmacêutica na construção de sua legitimidade clínica e cultural. Um caso amplamente documentado é o do alprazolam (Xanax), desenvolvido pela Upjohn: a empresa financiou um estudo de 14 semanas para demonstrar a eficácia do medicamento no chamado "transtorno do pânico" – categoria diagnóstica que a Associação Psiquiátrica Americana havia recentemente codificado – obteve aprovação regulatória e transformou o produto no eixo de uma nova demanda farmacológica institucionalizada. O estudo, porém, demonstrou que 39% dos pacientes tratados "deterioraram significativamente" ao ser retirados do medicamento, e 35% apresentaram sintomas de rebote mais graves do que os pré-existentes (Whitaker, 2019). A legitimação científica serviu, assim, para criar e perpetuar um mercado.

Esse padrão não é isolado. Pesquisas sobre a relação entre a indústria farmacêutica e o comportamento prescritivo de médicos demonstram de forma consistente que o conhecimento dos profissionais sobre medicamentos tende a correlacionar-se mais com materiais de marketing do que com a literatura científica independente (Woloshin et al., 2001). Estudos encontraram associação positiva entre visitas de representantes farmacêuticos e aumento na prescrição dos medicamentos promovidos, e as amostras gratuitas distribuídas a consultórios contribuem para consolidar preferências por marcas comerciais em detrimento de genéricos menos onerosos (Pew Charitable Trusts, 2013). No campo específico dos opioides, com dinâmica análoga aos benzodiazepínicos, um levantamento de 2,5 anos identificou quase 435 mil pagamentos totalizando 40 milhões de dólares a mais de 67 mil médicos entre 2013 e 2015, com mortalidade por overdose associada ao volume de marketing (Hadland et al., 2019).

O processo envolve também a construção de imaginários de segurança. Joanna Moncrieff (2014) descreve como as empresas farmacêuticas promoveram benzodiazepínicos como compatíveis com a vida cotidiana e com a funcionalidade produtiva; um processo de naturalização que transformou o sofrimento emocional ordinário em nicho farmacológico permanente. A medida

em que problemas anteriormente concebidos como “nervos cotidianos” foi sendo progressivamente enquadrados como transtornos tratáveis, o mercado para as soluções sedativas expandiu-se de maneira estrutural e não apenas conjuntural.

A escassez de alternativas terapêuticas não medicamentosas

Um fator estrutural de primeira ordem na perpetuação do uso de benzodiazepínicos é a insuficiência de alternativas terapêuticas acessíveis. Estudos clínicos reconhecem a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para transtornos de ansiedade e insônia, condições para as quais os benzodiazepínicos são mais frequentemente prescritos, mas a deprescrição e a transição para abordagens psicológicas ocorrem em um contexto de acesso profundamente limitado a tais alternativas (Amara et al., 2025). Nos Estados Unidos, esse déficit é documentado com precisão: menos de 1% dos usuários de benzodiazepínicos são referenciados ou recebem psicoterapia (Maust et al., 2016).

Os sistemas de saúde em que prescrever é mais rápido, barato e imediatamente disponível do que oferecer cuidado integral reproduzem essa assimetria de forma sistemática. Uma pesquisa com médicos generalistas franceses identificou que a redução do uso de psicofármacos era percebida como desejável, mas que os principais obstáculos eram a insuficiência de serviços de psicoterapia, a falta de financiamento para terapias psicológicas e a pressão do tempo de consulta— que não comporta intervenções mais complexas (Siriwardena et al., 2010). No plano internacional, mais de 75% das pessoas em países de baixa e média renda não têm acesso a serviços de saúde mental (Lund et al., 2016), o que torna a prescrição de sedativos a única resposta disponível em cenários de baixa cobertura assistencial.

A sedação farmacológica torna-se, assim, não uma escolha entre alternativas, mas a única saída efetivamente disponível. Esse cenário cria uma dependência estrutural: pacientes que desejariam encerrar o uso de benzodiazepínicos frequentemente não encontram nenhuma alternativa satisfatória, e profissionais que prefeririam não os prescrever são pressionados pela ausência de outros recursos (Amara et al., 2025).

A medicalização de sofrimentos sociais, emocionais e existenciais

Subjacente ao fenômeno de expansão dos benzodiazepínicos está um processo mais amplo de medicalização do sofrimento; a transformação de experiências de dor, angústia e mal-estar originadas em condições sociais e existenciais em problemas individuais passíveis de intervenção farmacológica. Patel e colaboradores (2014) argumentam que os determinantes sociais e econômicos dos transtornos de ansiedade e depressão— desemprego, precariedade, violência, isolamento, sobrecarga doméstica— não são adequadamente enfatizados nos sistemas de saúde, e que a medicalização do sofrimento se articula ao projeto capitalista e ao ideário neoliberal, transferindo do Estado para o indivíduo a responsabilidade por condições cuja origem é estrutural.

O processo de medicalização tem história documentada. Conrad e Schneider (2010) descrevem como categorias diagnósticas foram progressivamente expandidas para abarcar formas de sofrimento antes compreendidas como reações normais a circunstâncias adversas; incluindo a ansiedade social e o luto. No campo específico dos benzodiazepínicos, Moncrieff (2014) registra como o marketing da indústria promoveu a imagem de um medicamento compatível com a vida produtiva cotidiana, convertendo estados emocionais normalmente associados a sobrecarga, frustração e insatisfação em condições medicamente tratáveis.

A dimensão ética dessa conversão é analisada por Lázaro-Muñoz e colaboradores (2025), que identificam nos sistemas de saúde primária um padrão em que médicos generalistas buscam genuinamente aliviar o sofrimento de seus pacientes, mas são influenciados por incertezas clínicas e fatores sistêmicos— pressão dos pacientes, tempo restrito de consulta e desconhecimento de recursos alternativos— que os conduzem à prescrição de ansiolíticos e benzodiazepínicos em situações de angústia emocional sem diagnóstico formal. O resultado é o que os autores denominam "medicalização do sofrimento emocional em atenção primária", com implicações éticas em termos de dependência potencial, benefício de longo prazo questionável e obstrução ao enfrentamento das causas subjacentes.

A fragilidade de sistemas de monitoramento do uso contínuo

A ausência ou baixa integração de sistemas de monitoramento da prescrição, dispensação e acompanhamento clínico é um vetor crítico na perpetuação do uso inadequado de benzodiazepínicos. Diversos países implementaram programas de monitoramento de prescrições (PMPs) com o objetivo de centralizar dados, gerar alertas para dosagens elevadas, combinações de risco ou múltiplos prescritores; mas a evidência empírica sobre sua efetividade é mista. Um estudo realizado em 11 áreas metropolitanas dos Estados Unidos não encontrou evidências de que a implementação de PMPs foi associada a reduções nos atendimentos de emergência relacionados ao uso indevido de benzodiazepínicos, e identificou que os prescritores receberam orientação insuficiente e treinamento inadequado para integrar as informações dos programas em suas decisões clínicas (Chen et al., 2015).

Oldenhof e colaboradores (2019) documentaram consequências não intencionais da implementação precipitada de PMPs: os alertas gerados por esses sistemas resultaram, em alguns casos, na interrupção abrupta de prescrições de benzodiazepínicos sem a condução de um processo gradual de de prescrição, expondo pacientes ao risco de síndrome de abstinência grave. A dificuldade de identificar pacientes em uso prolongado, polifarmácia ou com risco aumentado de eventos adversos persiste como um desafio não resolvido na maioria dos sistemas de saúde. Uma revisão internacional identificou ainda que a vigilância sobre o uso de benzodiazepínicos é fragmentada por natureza; escondida pelo caráter das prescrições e dependente de sistemas múltiplos e frequentemente não integrados de detecção (Jouanjus et al., 2015).

A fragilidade desses sistemas reflete uma falha mais ampla de governança farmacológica: sem mecanismos robustos de alerta, revisão clínica periódica e de prescrição planejada, o uso contínuo de benzodiazepínicos tende a perpetuar-se por inércia, sem que pacientes ou prescritores percebam o momento em que o uso deixou de ser terapêutico e passou a ser fonte de dependência.

A cultura clínica e social da solução rápida

Os seis fatores anteriores confluem em um substrato cultural que os sustenta e potencializa: a preferência generalizada por respostas de alívio imediato de sintomas em detrimento de intervenções mais lentas, complexas e estruturalmente orientadas. Essa dinâmica opera

simultaneamente em múltiplos planos, nas expectativas dos pacientes, nas práticas dos profissionais e nas estruturas institucionais dos sistemas de saúde.

No âmbito clínico, a consulta de curta duração funciona como um acelerador estrutural da prescrição: em contextos em que o tempo disponível com cada paciente é insuficiente para explorar causas subjacentes, negociar alternativas terapêuticas ou conduzir um processo de prescrição, a prescrição de um benzodiazepínico resolve imediatamente a demanda apresentada. Conrad e Schneider (2010) sublinham que a tendência à medicalização é reforçada pela expectativa— de pacientes, profissionais e instituições— de que a melhora deve ser rápida e mensurável em sintomas, não em causas. Lázaro-Muñoz e colaboradores (2025) identificam que pressões sistêmicas, incluindo o tempo restrito de consulta, contribuem de maneira estrutural para decisões de prescrição que não correspondem à avaliação clínica ideal dos próprios prescritores.

No plano social mais amplo, Patel e colaboradores (2014) observam que a medicalização do sofrimento contribui para uma cultura de dependência excessiva de medicamentos e de negligência dos fatores sociais e ambientais que determinam a saúde mental. O remédio passa a ser não apenas a resposta mais disponível, mas a resposta culturalmente legitimada para dores cuja origem é estrutural; desemprego, violência, sobrecarga, isolamento. A combinação entre essa cultura da solução rápida, a pressão social por produtividade e a disponibilidade imediata de fármacos sedativos constitui um dos motores mais persistentes da banalização do consumo de benzodiazepínicos.

Subproblemáticas Centrais do Debate

A prescrição crônica de benzodiazepínicos em desacordo com recomendações de uso breve

A prescrição crônica de benzodiazepínicos, como o Diazepam e Lorazepam, ocorre quando esses remédios são prescritos e utilizados por períodos mais longos do que o recomendado pela OMS. O uso indicado é de 2 a 4 semanas e somente para tratar crises agudas, porém essas substâncias se tornam um problema quando estabelecidas e consumidas enquanto solução permanente, por conta de falta de reavaliação clínica periódica e renovação automática de receitas.

Na década de 60, os benzodiazepínicos emergiram enquanto substitutos dos barbitúricos, substâncias que desaceleraram a atividade cerebral, mas geram forte dependência química e depressão respiratória. Assim, ansiolíticos e sedativos da classe benzodiazepínica eram considerados seguros e não viciantes ao comparados com outras categorias, criando uma cultura permissiva e inerte para esses medicamentos. Além disso, eles possuem um baixo custo de produção e apresentam grande margem de lucro, sendo amplamente divulgados pela indústria farmacêutica.

Fatores que também agravam a situação envolvem a falta de políticas públicas e regulações efetivas para essas substâncias, com sistemas frágeis e precários de controle e fiscalização de prescrições. O baixo investimento estatal em saúde mental, envolvendo desde treinamentos precários de profissionais de saúde até falta de infraestrutura básica para tratamento, também contribuem para o controle do mercado farmacêutico, em especial para a venda de benzodiazepínicos. Dessa forma, eles se tornam os substitutos do tratamento psiquiátrico para a população mais vulnerável e normalizados enquanto “remédios leves” para indivíduos com mais condições.

A prescrição crônica funciona para expandir a sedação enquanto mercado e difundi-la socialmente. Ela aumenta o número de dependentes químicos, aumenta os gastos públicos com tratamentos de longo prazo e enfatiza a desigualdade internacional, com países desenvolvidos demonstrando altos índices de consumo e Estados em desenvolvimento apresentando falta de controle e fiscalização sobre essas substâncias.

Tendo em vista que essa sub problemática sustenta o mercado de benzodiazepínicos mundial, ela é essencial para a redução do consumo desses medicamentos em escala global. Assim sendo, deve ser abordada levando em consideração a desigualdade de condições entre países e a indispensabilidade que possui.

A dependência desenvolvida sob prescrição legítima e o problema de culpabilizar pacientes

A dependência de benzodiazepínicos ocorre não somente pelo uso indevido, mas constantemente acontece a partir do uso prescrito e legitimado por um profissional da saúde. Na maior parte, a prescrição, inicialmente, segue as recomendações e sugestões de órgãos reconhecidos, como a própria OMS, porém ocorre o uso contínuo e não acompanhado dessas substâncias. Assim, o paciente desenvolve uma tolerância a esses medicamentos e acontece a dependência iatrogênica, que consiste na compulsão causada por sistemas de saúde falhos.

Com a disseminação do pensamento de benzodiazepínicos como inofensivos, os sistemas de saúde promoveram uma cultura de desprezo dos riscos de tais substâncias e, historicamente, a fiscalização e o controle desses medicamentos se tornou precário. Além disso, o modelo de saúde atual é focado na produtividade, dessa forma consultórios prescrevem medicamentos sem uma análise mais profunda ou, até mesmo, sem seguir as recomendações da OMS, visando atender à crescente demanda de pacientes. Portanto, grande parte dos dependentes de medicamentos como Alprazolam e Diazepam adquirem essa condição devido a erros médicos, desenvolvendo tolerância, abstinência e dificuldade severa de retirada.

Além disso, existe uma cultura de culpabilização dos dependentes ao invés dos responsáveis pela saúde deles, que são pressionados a atender uma grande demanda de pacientes e recebem treinamentos precários. Conseqüentemente, a problemática é vista como um problema individual que precisa de tratamento pontual e localizado, ao invés de perceber a influência internacional e Estatal, a principal causa do mercado de benzodiazepínicos. Assim, é essencial que haja o reconhecimento da dependência iatrogênica e do favorecimento institucional da indústria farmacêutica nessa problemática.

A retirada abrupta ou mal conduzida e seus efeitos clínicos e humanos

Em situações de dependência de benzodiazepínicos, eles passam a reduzir a atividade cerebral e gerar alívio e tranquilidade para seus consumidores, porém os reguladores naturais do cérebro deixam de ser produzidos e os medicamentos se tornam essenciais para o relaxamento. Portanto, se ocorrer a retirada súbita ou mal conduzida de benzodiazepínicos, como a redução muito rápida da dose ingerida ou a ausência de acompanhamento médico, o cérebro entra em estado de hiperexcitação, causando ansiedade extrema, insônia severa, taquicardia, confusão mental e, em casos mais extremos, convulsões.

Protocolos formais de retirada não existiam até a década de 2010 a 2019, quando a dependência a drogas prescritas passou a ser amplamente reconhecida como uma questão de saúde pública. Dessa forma, os sistemas de saúde não possuíam infraestrutura, preparo e formação para fazer a retirada de tais substâncias, mesmo com a recomendação profissional adequada, e, até os dias atuais, não há nenhum tipo de programa social para auxiliar na retirada, além de o governo não incentivar financeiramente esses projetos ou até pesquisas para entender melhor o efeito desses remédios no sistema nervoso humano. Também, muitas vezes não há a cooperação da população como um todo, que subestima os efeitos da abstinência de medicamentos como o Diazepam e o Clonazepam.

Esse sistema dificultado de retirada contribui para a perpetuação do mercado de benzodiazepínicos e afeta não somente a saúde a nível regional, mas a nível global. Assim, os protocolos internacionais para a descontinuação gradual são indispensáveis para tratar da problemática, garantindo a segurança individual e internacional.

O uso excessivo entre mulheres e a dimensão de gênero da sedação

No mercado de benzodiazepínicos, a população feminina apresenta taxas desproporcionalmente altas de prescrição e uso contínuo de benzodiazepínicos, caracterizadas pela maior prescrição para mulheres em relação a homens, uso mais prolongado e recorrente e acesso mais limitado a alternativas terapêuticas. nesse contexto, as mulheres, são expostas a maior prescrição de

ansiolíticos e hipnóticos devido a contextos de sobrecarga emocional, violência de gênero e medicalização da angústia feminina.

Desde a ampliação da divulgação dos benzodiazepínicos nos anos 60, foi construída uma imagem deles como um ajudante para as mulheres, as quais eram vistas com a função de manterem-se sempre calmas e controladas e, portanto, a sedação se tornou uma ferramenta de regulação social feminina. Além disso, os sintomas femininos são constantemente associados à ansiedade, mesmo que erroneamente, e tratados por meio de serviços de saúde, os quais recomendam o consumo de medicamentos. As mulheres também apresentam maior predisposição a desenvolver doenças psicológicas, devido à invisibilização da carga mental carregada por elas, com preocupações relacionadas à dupla jornada, solidão, violência, pressão estética e social etc. Por esses motivos, a classe feminina é a maior consumidora de medicamentos benzodiazepínicos, tornando as tendências do mercado farmacêutico estáveis e previsíveis, ou seja, mais facilmente controladas.

Assim, é imprescindível discutir como gênero molda quem é o receptor do remédio, por quanto tempo ele é prescrito e com que tipo de escuta clínica o paciente é recebido, visto que o tratamento feminino é delegado aos medicamentos, enquanto o masculino é tratado com medidas terapêuticas.

O uso prolongado entre idosos e o risco ampliado de danos funcionais e cognitivos

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios globais do século XXI, e o uso prolongado de benzodiazepínicos nessa faixa etária exemplifica perfeitamente os perigos inerentes à prescrição inadequada de fármacos. Esses medicamentos, amplamente prescritos para tratar insônia, ansiedade e agitação, geram riscos ampliados de danos funcionais e cognitivos em idosos, que já enfrentam um metabolismo mais lento e comorbidades crônicas.

Idosos expostos ao uso crônico de benzodiazepínicos apresentam uma vulnerabilidade acentuada a efeitos adversos como sonolência diurna persistente, confusão mental aguda e quedas acidentais, que podem levar a fraturas graves e hospitalizações prolongadas. Estudos epidemiológicos, como os relatórios da OMS, indicam que esses fármacos dobram o risco de quedas em comparação com não usuários, com impactos diretos na perda de autonomia. Por exemplo, um idoso que cai uma vez tem 70% mais chances de voltar a cair. Além disso, o prejuízo

cognitivo agrava condições pré-existentes como a demência leve, transformando um tratamento paliativo em um modo de apressar a deterioração mental irreversível.

O cerne do problema reside no delicado equilíbrio entre tratar insônia e ansiedade, sintomas epidêmicos em idosos, e preservar a segurança farmacológica no envelhecimento. A fragilidade clínica, caracterizada por sarcopenia, osteoporose e polifarmácia, amplifica os riscos: um comprimido de Diazepam pode induzir sonolência que leva a uma queda noturna, enquanto a abstinência abrupta provoca rebote de ansiedade. Essa dicotomia exige abordagens integradas, como terapias cognitivo-comportamentais (TCC) ou melatonina de liberação prolongada, em vez de benzodiazepínicos de ação rápida. No contexto global, com a pirâmide etária invertida, mais idosos dependentes e menos adultos economicamente ativos, esses fármacos sedativos geram uma reação em cadeia: aumento de gastos públicos com hospitalizações (até 20% do orçamento de saúde em países envelhecidos), cuidados de longa duração e perda de produtividade familiar.

A ausência de acesso equitativo a psicoterapia, cuidado comunitário e outras alternativas de tratamento

Em um mundo onde os benzodiazepínicos são prescritos como solução rápida e acessível, revela-se uma falha estrutural profunda: a ausência de acesso equitativo a psicoterapia, cuidado comunitário e outras alternativas de tratamento. Sistemas de saúde globais, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, privilegiam fármacos baratos e de distribuição fácil, enquanto a escuta prolongada, o apoio psicossocial e terapias comportamentais permanecem inacessíveis para a maioria. Essa disparidade não é acidental, mas reflete limitações orçamentárias e organizacionais que transformam a prescrição em substituto precário para um cuidado holístico, aprofundando a dependência química e perpetuando um ciclo de vulnerabilidade nos idosos.

Nos sistemas públicos de saúde, genéricos custam centavos por dose, mas a psicoterapia qualificada é rara. Filas de espera para psicólogos podem ultrapassar meses, e o cuidado comunitário, como grupos de apoio em centros de convivência para idosos, é subfinanciado. A OMS destaca que, globalmente, apenas 1 em cada 10 pessoas com transtornos mentais recebe tratamento psicológico adequado. Nesse cenário, um médico sobrecarregado prescreve clonazepam em minutos, enquanto uma sessão de terapia cognitivo-comportamental (TCC), que poderia resolver insônia crônica em 8-12 semanas sem efeitos colaterais, exige investimento em

profissionais e infraestrutura ausentes. O resultado? Idosos medicados como "solução única", sem o apoio psicossocial que poderia restaurar redes familiares e comunitárias.

A carência de alternativas não farmacológicas eleva dramaticamente o risco de dependência química, transformando um tratamento temporário em crônico. Por exemplo, em comunidades periféricas do Rio de Janeiro, pessoas recorrem a benzodiazepínicos "caseiros" por falta de CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial), aprofundando desigualdades regionais. Alternativas como programas comunitários de yoga terapêutico ou terapia ocupacional em centros-dia provaram reduzir uso de fármacos em 50% em pilotos europeus, mas sua escalabilidade depende de políticas públicas ausentes. Essa ausência de equidade não afeta apenas indivíduos, mas perpetua desigualdades sociais: pessoas de baixa renda, em áreas rurais ou favelas, ficam presas à dependência química, enquanto elites acessam clínicas privadas de desintoxicação.

A medicalização de sofrimentos produzidos por crise econômica, hiperprodutividade e esgotamento social

A prescrição massiva de benzodiazepínicos para ansiedade e insônia exemplifica a medicalização de sofrimentos cotidianos produzidos por crise econômica, hiperprodutividade e esgotamento social, afetando pessoas de todas as idades. Esses sintomas não surgem isoladamente, mas como respostas a condições de trabalho exaustivas, insegurança financeira, luto coletivo, solidão digital e precarização generalizada. Em vez de confrontar essas causas estruturais, a sedação farmacológica sustenta a produtividade individual, adaptando mentes e corpos a um sistema adoecido.

Na sociedade contemporânea, ansiedade e insônia são epidemias silenciosas: 1 em cada 4 brasileiros adultos as relatam, pelo IBGE, inflação galopante que corrói salários-mínimos e insegurança habitacional em metrópoles. Benzodiazepínicos como Lorazepam ou Clonazepam atuam como "protetor solar químico" para o sol escaldante da precarização: uma dose permite ao motoboy continuar rodando após 14h, à executiva responder e-mails às 3h ou ao estudante lidar com vestibular sob pressão familiar. Essa sedação preserva a hiperprodutividade, e estudos da Fiocruz mostram 30% dos usuários crônicos em empregos precários, adiando reformas como redução de jornada ou renda básica. No Brasil, com 40 milhões na informalidade, fármacos

baratos (R\$5/dose) mascaram esgotamento, permitindo que o sistema extraia mais desgaste sem investir em bem-estar.

A influência econômica e simbólica da indústria farmacêutica na expansão do consumo

A proliferação de benzodiazepínicos resulta da influência econômica e simbólica da indústria farmacêutica, que configura uma cultura terapêutica centrada no medicamento como resposta padrão à ansiedade e insônia. Mercados bilionários sustentam incentivos explícitos, como o lobby da Interfarma (R\$ 50 mi em 2024, Transparência Brasil), patrocínios médicos e difusos, como marketing digital e narrativas de "recuperação rápida", normalizando prescrições e uso crônico no Brasil (crescimento de 30% pós-pandemia).

Tal dinâmica medicaliza fenômenos sociais como estresse laboral ou insônia digital, sobrepondo alternativas não farmacológicas. Economicamente, lucros recorrentes (US\$ 100 bi/ano) externalizam custos ao SUS (R\$ 20 bi/ano). Socialmente, acentuam desigualdades. Soluções incluem agências autônomas, tributação progressiva e campanhas críticas. Em síntese, superar essa hegemonia exige da medicina um cuidado ético e integral.

A insuficiência de sistemas nacionais de monitoramento, revisão periódica e desprescrição

A dependência de benzodiazepínicos é agravada por uma falha estrutural dos sistemas de saúde, especialmente no Brasil, que ainda têm poucos mecanismos de monitoramento contínuo, revisão periódica e protocolos de desprescrição. Na prática, isso faz com que prescrições inicialmente temporárias acabem se tornando crônicas, favorecendo dependência iatrogênica, sobretudo em populações vulneráveis. Diferentemente de países como a França, que estabelece limites para o desmame em até 12 semanas, ou das recomendações da NICE para revisões regulares, o Brasil carece de protocolos padronizados para reavaliar esses tratamentos. Isso é preocupante porque, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2023), 1 em cada 5 adultos brasileiros já utiliza esse tipo de medicamento, enquanto estudos da Cochrane indicam que o uso prolongado pode gerar tolerância, rebote ansioso, prejuízos cognitivos e maior risco de quedas.

Além disso, a ausência de indicadores públicos mais robustos dificulta até entender a dimensão do problema. Embora a OMS estime índices relevantes de dependência entre usuários crônicos, o Brasil ainda depende muito de notificações voluntárias, o que subestima os casos. Com isso, faltam dados integrados para rastrear padrões de prescrição por região ou grupos sociais, mesmo quando evidências apontam maior incidência em contextos de vulnerabilidade. Essa fragilidade também tem impacto econômico, já que complicações associadas ao uso excessivo geram custos expressivos para o SUS.

Outro problema é que o conhecimento sobre o tema existe, mas permanece disperso. Há estudos sobre abstinência, polifarmácia e riscos do uso prolongado, mas eles nem sempre se convertem em políticas públicas coordenadas. Isso ocorre por barreiras como subfinanciamento da farmacovigilância, resistência de profissionais à desprescrição e falta de integração entre SUS, rede privada e farmácias. Experiências internacionais, como o sistema australiano de monitoramento em tempo real, mostram que políticas integradas podem reduzir significativamente o uso prolongado.

Diante disso, seriam necessárias medidas como protocolos obrigatórios de revisão periódica das prescrições, criação de indicadores públicos acessíveis, capacitação dos profissionais em desprescrição e maior incentivo a terapias não farmacológicas. Assim, evita-se que benzodiazepínicos, em vez de instrumentos terapêuticos, se transformem em armadilhas de dependência crônica, exigindo uma resposta mais preventiva e articulada do poder público.

Estudos de Caso

A difusão histórica do Diazepam e a consolidação cultural do ansiolítico como resposta cotidiana ao sofrimento

A introdução do Diazepam, na década de 1960, marcou um ponto de inflexão na história da farmacologia psiquiátrica. Desenvolvido como uma alternativa considerada mais segura aos barbitúricos, o medicamento rapidamente se consolidou como uma solução eficaz para o tratamento de ansiedade, insônia e estados de tensão. Sua ação rápida, aliada a um perfil inicialmente percebido como menos arriscado, contribuiu para sua ampla aceitação tanto no meio médico quanto na sociedade em geral.

Entretanto, o impacto do Diazepam ultrapassou o campo estritamente clínico. Ao longo das décadas, o medicamento deixou de ocupar apenas um espaço terapêutico específico e passou a integrar o cotidiano de milhões de pessoas, tornando-se um símbolo da chamada “sedação terapêutica”. Esse processo foi impulsionado não apenas por sua eficácia farmacológica, mas também por fatores culturais e sociais, como a crescente valorização de soluções imediatas para o sofrimento e a dificuldade estrutural de acesso a formas mais complexas e prolongadas de cuidado em saúde mental.

Nesse contexto, observa-se uma transição significativa: o que antes era prescrito como intervenção pontual passou a ser incorporado em rotinas domésticas e práticas cotidianas, muitas vezes associado à ideia de normalização emocional. O medicamento deixa de ser apenas um recurso clínico e passa a representar uma ferramenta de adaptação à vida moderna, marcada por pressões constantes, insegurança e sobrecarga psíquica.

O caso do Diazepam ilustra, portanto, como uma substância farmacológica pode se transformar em um fenômeno cultural. Sua difusão não pode ser explicada apenas por critérios médicos, mas deve ser compreendida como resultado de um conjunto de dinâmicas que envolvem a prática clínica, a indústria farmacêutica, as expectativas sociais e os limites dos sistemas de saúde. Ao analisar esse processo, torna-se possível perceber que a crise dos benzodiazepínicos não se origina exclusivamente nos medicamentos em si, mas no modo como sociedades contemporâneas passaram a responder ao sofrimento humano, frequentemente priorizando a sedação em detrimento da compreensão e do cuidado integral.

O uso prolongado de clonazepam em contextos de prescrição banalizada

O Clonazepam, amplamente utilizado no tratamento de transtornos de ansiedade, crises de pânico e distúrbios do sono, exemplifica de forma clara como a prescrição de benzodiazepínicos pode ultrapassar os limites do uso terapêutico recomendado e se consolidar como prática recorrente nos sistemas de saúde. Embora indicado, em geral, para intervenções de curto prazo, seu uso prolongado tem se tornado frequente em diferentes contextos clínicos, muitas vezes sem reavaliação sistemática da necessidade do tratamento.

Esse fenômeno está diretamente associado à dinâmica de consultas rápidas, à sobrecarga dos serviços de saúde e à limitação de alternativas terapêuticas acessíveis. Nesse cenário, a renovação contínua de receitas se torna uma solução operacionalmente simples tanto para profissionais quanto para pacientes, ainda que represente um afastamento das diretrizes clínicas internacionais. Assim, o medicamento deixa de ser utilizado como suporte temporário e passa a ocupar um papel central na regulação cotidiana do sono, da ansiedade e do funcionamento social.

A banalização da prescrição se manifesta, sobretudo, na ausência de um plano estruturado de retirada. Em muitos casos, o tratamento é mantido por meses ou anos sem definição de objetivos claros ou estratégias de descontinuação, o que contribui para o desenvolvimento progressivo de tolerância e dependência. Quando a interrupção é considerada, frequentemente ocorre de forma abrupta ou mal orientada, gerando sintomas de abstinência que reforçam a continuidade do uso.

O caso do Clonazepam evidencia, portanto, a distância entre diretrizes formais e prática clínica cotidiana. Mais do que uma falha individual, trata-se de um padrão sistêmico, no qual a prescrição prolongada é sustentada por limitações estruturais, culturais e institucionais. Dessa forma, a análise desse contexto permite compreender que a dependência farmacológica não se restringe a situações de uso indevido, mas pode emergir dentro de práticas médicas legitimadas, exigindo respostas que articulem regulação, formação profissional e reorganização do cuidado em saúde mental.

O consumo crônico entre idosos e os efeitos sobre quedas, cognição e autonomia

O uso de benzodiazepínicos entre a população idosa representa um dos cenários mais críticos dentro da discussão sobre dependência farmacológica. Embora esses medicamentos sejam frequentemente prescritos para o manejo de insônia, ansiedade e agitação, seu uso prolongado nessa faixa etária envolve riscos significativamente ampliados, decorrentes das próprias alterações fisiológicas do envelhecimento, como metabolismo mais lento e maior sensibilidade aos efeitos sedativos.

Nesse contexto, observa-se a manutenção de tratamentos por longos períodos, mesmo diante de evidências que indicam maior vulnerabilidade a efeitos adversos. A sedação contínua, nesses casos, deixa de ser apenas um recurso terapêutico e passa a configurar um fator de risco clínico relevante, especialmente no que diz respeito à ocorrência de quedas, fraturas e hospitalizações. Esses eventos não apenas comprometem a saúde imediata do paciente, mas também podem desencadear processos de perda de independência e necessidade de cuidados de longa duração.

Além dos impactos físicos, o uso crônico de benzodiazepínicos está associado a prejuízos cognitivos, incluindo alterações de memória, atenção e capacidade de processamento. Tais efeitos, muitas vezes graduais, podem ser subestimados ou atribuídos exclusivamente ao envelhecimento natural, dificultando a identificação do papel do medicamento nesse processo. Como consequência, há um risco de deterioração progressiva da autonomia do idoso, que passa a depender não apenas do fármaco, mas também de suporte externo para atividades cotidianas.

O caso do uso prolongado em idosos evidencia, portanto, a necessidade de uma abordagem mais cautelosa e individualizada, que considere não apenas o alívio sintomático imediato, mas também os impactos de médio e longo prazo sobre funcionalidade e qualidade de vida. Mais do que uma questão clínica isolada, trata-se de um desafio de saúde pública, que exige revisão de práticas prescritoras, fortalecimento de protocolos de reavaliação periódica e ampliação de estratégias de cuidado que priorizem a segurança farmacológica no envelhecimento.

A feminização da prescrição e a sedação do sofrimento socialmente distribuído

A maior incidência de prescrição de benzodiazepínicos entre mulheres constitui um fenômeno recorrente em diferentes sistemas de saúde e revela dimensões que ultrapassam a esfera estritamente clínica. Diversos estudos apontam que mulheres são, de forma consistente, as principais consumidoras de ansiolíticos e hipnóticos, especialmente em contextos marcados por sobrecarga emocional, dupla jornada de trabalho, responsabilidades de cuidado e maior exposição a situações de violência e vulnerabilidade social.

Nesse cenário, a prescrição de medicamentos passa a operar não apenas como resposta a sintomas individuais, mas como mecanismo de gestão de sofrimentos que possuem raízes sociais mais amplas. Ansiedade, insônia e exaustão, frequentemente associadas a condições estruturais como desigualdade de gênero e precarização do trabalho, são convertidas em demandas clínicas tratáveis prioritariamente por via farmacológica. Assim, o que poderia ser compreendido como expressão de contextos sociais adversos é frequentemente reinterpretado como disfunção individual a ser rapidamente estabilizada.

Essa dinâmica contribui para a construção de um padrão no qual a medicalização do sofrimento feminino se torna naturalizada. O uso contínuo de benzodiazepínicos, nesse contexto, não necessariamente decorre de uma avaliação clínica aprofundada, mas da ausência de alternativas acessíveis e da necessidade de manter níveis mínimos de funcionamento em rotinas marcadas por sobrecarga e invisibilidade social. Como resultado, o medicamento passa a atuar como instrumento de adaptação a condições que permanecem inalteradas.

O caso evidencia, portanto, que a dependência farmacológica não pode ser analisada de forma dissociada das desigualdades de gênero. Mais do que uma questão de prescrição individual, trata-se de um fenômeno que reflete a forma como sistemas de saúde e estruturas sociais lidam com o sofrimento distribuído de maneira desigual. Dessa forma, compreender essa dimensão é essencial para a construção de respostas que não se limitem à regulação do uso de medicamentos, mas que também enfrentem os determinantes sociais que sustentam sua demanda.

Diferenças nacionais na regulação, monitoramento e desprescrição

A forma como os benzodiazepínicos são regulados, prescritos e monitorados varia significativamente entre países, evidenciando que a crise associada ao seu uso prolongado não é inevitável, mas profundamente influenciada por escolhas institucionais e políticas públicas. Em alguns sistemas de saúde, observa-se a adoção de protocolos rigorosos que limitam a duração da prescrição, exigem reavaliações periódicas e estabelecem diretrizes claras para a descontinuação segura do tratamento.

Países que investem em sistemas integrados de monitoramento conseguem identificar com maior precisão padrões de uso prolongado, polifarmácia e populações em risco. A existência de bases de dados articuladas entre prescrição, dispensação e acompanhamento clínico permite não apenas o controle do consumo, mas também a implementação de estratégias preventivas e de redução de danos. Nesses contextos, a desprescrição deixa de ser uma prática pontual e passa a ser incorporada como política estruturada de saúde pública.

Por outro lado, em diversos países, a regulação é mais flexível e o acompanhamento do uso contínuo é fragmentado ou inexistente. A ausência de protocolos padronizados, aliada à dificuldade de integração entre serviços de saúde, contribui para a manutenção de práticas como renovação automática de receitas e uso prolongado sem reavaliação clínica adequada. Esse cenário favorece a consolidação da dependência farmacológica como fenômeno silencioso, frequentemente invisibilizado nos sistemas de monitoramento.

A análise comparativa entre diferentes contextos nacionais permite compreender que o enfrentamento do problema depende menos da existência do medicamento em si e mais da forma como seu uso é estruturado, acompanhado e regulado. Dessa forma, o estudo de caso reforça que estratégias eficazes devem considerar a construção de mecanismos institucionais sólidos, capazes de alinhar diretrizes técnicas à prática clínica cotidiana, promovendo um uso mais seguro, consciente e responsável dos benzodiazepínicos.

Impactos Clínicos, Sociais e Sistêmicos da Dependência Farmacológica

Tolerância, abstinência e aprisionamento terapêutico

O uso prolongado de antidepressivos frequentemente resulta em uma drástica redução da qualidade de vida durante a fase de retirada, transformando o que deveria ser um tratamento temporário em um quadro de dependência química e situação de sofrimento psicológico. Um estudo publicado na JAMA Psychiatry, que analisou mais de 87 ensaios clínicos envolvendo milhares de pacientes, concluiu que os sintomas de descontinuação são não apenas comuns, mas variados e intensos, dependendo da duração do uso, da dose acumulada e do tipo específico de medicamento (como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidores da monoaminoxidase)

Entre os efeitos mais relatados estão a insônia persistente, que rouba noites de sono reparador; a irritabilidade exacerbada, que transforma interações cotidianas em fontes de conflito; a ansiedade aguda, muitas vezes mais severa que a condição original; fotossensibilidade, deixando a pele hipersensível à luz solar; e um desejo compulsivo de consumir a substância, semelhante ao vício em drogas ilícitas. Em casos extremos, pacientes descrevem experiências como despersonalização (a sensação de estar fora do próprio corpo), desrealização (onde o mundo parece irreal ou distorcido) e até crises convulsivas, que demandam intervenção médica. Esses sintomas são evidências concretas de como esses fármacos interferem brutalmente na homeostase, isto é, o equilíbrio cerebral.

É essencial reconhecer que os antidepressivos atuam diretamente nos neuroreceptores, modulando neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina. O cérebro humano, com sua tendência natural de buscar equilíbrio, um processo conhecido como neuroplasticidade, adapta-se à presença constante do fármaco. A cada dose adicional, os receptores se sensibilizam, necessitando de quantidades cada vez maiores para manter o "estabilizador artificial". Estudos de neuroimagem, como os realizados pelo NIMH (Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA), mostram alterações duradouras na densidade de receptores pós-descontinuação, explicando por que muitos pacientes relatam uma "nova normalidade" pior que os sintomas iniciais.

Essa dependência química elevada levanta questões sobre a prescrição desses medicamentos. Na prática clínica brasileira, por exemplo, o SUS registra um aumento de 30% nas prescrições de ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) desde a pandemia de COVID-19. Para além do contexto brasileiro, a Universidade de Londres indica que até 50% dos usuários enfrentam síndrome de descontinuação prolongada, durando meses ou anos. Isso não só compromete a qualidade de vida, mas também perpetua um ciclo danoso, já que o paciente retorna ao medicamento para aliviar os sintomas da retirada, em vez de tratar a raiz do problema.

Diante disso, a psicoterapia cognitivo-comportamental comprovadamente eficaz, exercícios físicos, meditação mindfulness e suporte nutricional, aliados a desmames supervisionados por escalas graduais, surgem como uma alternativa menos arriscada à dependência. Cabe aos delegados, então, levar em consideração os seguintes riscos: a autonomia do paciente e o alerta por trás do embate entre as neurociências e o uso irresponsável desses medicamentos.

Prejuízos cognitivos e funcionais associados ao uso prolongado

A fisiopatologia da síndrome de descontinuação se dá principalmente pela inibição sustentada do transportador de serotonina cerebral (SERT), que leva ao acúmulo excessivo de serotonina na sinapse e, conseqüentemente, à regulação negativa dos receptores serotoninérgicos pós-sinápticos. Em outras palavras, o sistema nervoso central, em sua busca incessante pelo equilíbrio, reduz a sensibilidade desses receptores para compensar o "excesso artificial" induzido pelo fármaco. Essa regulação prolongada resulta em um estado de déficit de serotonina após a interrupção, interpretado de modo diferente por cada indivíduo, o que explica a variabilidade sintomática.

Os sintomas pós-interrupção, em sua maioria, agrupam-se em cinco categorias clássicas, conforme o modelo desenvolvido pelos pesquisadores Fava e Offidani:

- Sintomas gripais: mal-estar generalizado, fadiga profunda, febre baixa, sudorese noturna.
- Insônia: frequentemente acompanhada de sonhos vívidos, pesadelos intrusivos ou parassonias, fragmentando o ciclo de sono necessário.

- Insegurança postural: tonturas, vertigem e instabilidade ao caminhar, aumentando riscos de quedas em idosos.
- Sensações elétricas: os infames "choques" ou "zaps" cerebrais, descritos como descargas elétricas na cabeça ou nos membros do corpo.
- Hiperatividade: ansiedade, irritabilidade, agitação psicomotora e, em casos mais graves, sintomas maniformes (hiperatividade extrema presente no sistema bipolar).

Em rotinas de trabalho e sociedade cada vez mais aceleradas, esses sintomas impõem prejuízos cognitivos devastadores, frequentemente residuais mesmo após a resolução de queixas emocionais e físicas. Meta-análises da JAMA Network Open (2024) revelam déficits persistentes em memória de trabalho (até 25% de redução em testes), velocidade de processamento e funções executivas. Pacientes relatam "névoa cerebral", com esquecimentos rotineiros, lentidão verbal e redução na capacidade de multitarefa.

Funcionalmente, isso se traduz em uma perda de produtividade no ambiente de trabalho, declínio acadêmico (notas caídas em 15% entre estudantes universitários) e isolamento social, agravando a raiz do problema, como ao tornar os surtos de depressão recorrentes.

Isso resulta em uma sensação de aprisionamento psicológico, pois mesmo depois de melhorar, se o cérebro não volta totalmente ao normal, o risco de piorar de novo aumenta, e isso faz a pessoa entrar num ciclo de recaídas e recomeços. Esses prejuízos demandam protocolos de desmame personalizados, com monitoramento neuropsicológico ou suplementos neuroprotetores sob orientação. Reconhecer esses efeitos é crucial para uma psiquiatria centrada no paciente, evitando que o "tratamento" se torne a principal fonte de incapacidade.

Quedas, internações e agravamento de vulnerabilidade em idosos

Essas funcionalidades afetam não apenas os indivíduos ativos, mas a depressão por si só também tem graves efeitos nos idosos, já que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a depressão como a quarta causa de incapacidade social. Por isso, o uso de dentes em idosos exige cautela devido ao metabolismo lento comum para a idade, aumentando o risco de efeitos colaterais como sedação, confusão mental, quedas e interações medicamentosas graves. Antidepressivos tricíclicos que atuam na inibição de serotonina e noradrenalina, devem ser

evitados pelo seu nível de toxicidade, enquanto demais podem aumentar o risco de demência e sangramentos.

Em uma observação geral, esses efeitos a longo prazo geram uma reação em cadeia. É necessário reconhecer a situação mundial atual, em que a pirâmide etária se inverte, aumentando o número de idosos e reduzindo o número de adultos que contribuem para o aumento da economia nacional. Com o aumento do gasto público sobre hospitalização, cuidado de longa duração, os antidepressivos em uso sedativo promovem um problema em cadeia.

Segundo a OMS, o uso inadequado desse fármaco é responsável por aproximadamente 19% das admissões hospitalares nessa faixa etária. Com isso, uma atuação focada nesse grupo e neste problema específico torna-se essencial, pois pode significar uma complicação generalizada em breve.

Impactos sobre trabalho, relações sociais e autonomia

Para adultos inseridos no mercado de trabalho, o efeito dos fármacos é significativo. Segundo um estudo financiado pelo National Institute of Mental Health (NIMH), os antidepressivos, quando são usados enquanto sedativos, são responsáveis por 14,2 horas por semana afetadas na vida dos trabalhadores. Esse número prova que o uso incorreto desses medicamentos tem impacto enorme e mensurável na produtividade, especialmente por reduzir o desempenho enquanto a pessoa está trabalhando, ou o próprio tempo de trabalho.

A dependência de medicamentos para a realização de atividades cotidianas, como o próprio ato de trabalhar, mas também dormir, viajar ou enfrentar situações rotineiras, configura um fenômeno cujas consequências ultrapassam a dimensão estritamente clínica. Nesses casos, o uso contínuo dos medicamentos deixa de ser apenas terapêutico e passa a desempenhar um papel de necessidade na organização da vida do indivíduo.

Essa situação gera a existência de um custo invisível: a necessidade de adaptar rotinas, decisões e comportamentos em função da disponibilidade, dos efeitos e dos horários de administração da medicação. Tal reorganização pode gerar limitações à autonomia, aumento da vulnerabilidade e dependência institucional dos sistemas de saúde.

Impactos sistêmicos sobre serviços de saúde

No âmbito coletivo, esse contexto significa um impacto sistêmico nos sistemas de saúde. A SandBox, empresa da área da saúde, identificou um aumento de 18,6% no consumo de medicamentos voltados para a saúde mental. Para além dos gastos com os remédios, consultas repetidas, manutenção de prescrições, internações e manejo de complicações também são oriundas da sedação e aumentam o gasto público com a tendência.

A sobrecarga do sistema de saúde se dá justamente pelo sobrediagnóstico de depressão, que se configura como uma epidemia nos sistemas atuais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 300 milhões de pessoas sofrem com depressão. No Brasil, os diagnósticos dessa doença são crescentes. Logo, entende-se que é um problema retroalimentativo, pois a sobrecarga é gerada por um problema que o próprio sistema ajudou a produzir.

Pelos impactos individuais, coletivos e crescentes, é necessário tratar o problema como uma questão de saúde pública, e não apenas como problemas individuais. Para isso, é relevante essa questão ser tratada como um desafio central de gestão sanitária, focando na regulação, controle e promoção do uso racional de medicamentos.

Nesse sentido, estratégias terapêuticas complementares, como terapia cognitivo-comportamental e práticas de autocuidado, são cientificamente classificadas como promissoras para mitigar os efeitos colaterais dos antidepressivos, o que pode retirar o paciente da situação de superdosagem e ainda melhorar a qualidade de vida dos pacientes com desordens depressivas.

Marcos Normativos, Diretrizes e Princípios de Saúde Pública Relevantes

O uso racional de medicamentos como princípio de saúde pública

O uso racional de medicamentos constitui um dos princípios fundamentais da saúde pública contemporânea, sendo amplamente promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como diretriz essencial para a garantia de tratamentos eficazes e seguros. De acordo com esse princípio, o acesso a medicamentos deve estar necessariamente acompanhado de indicação clínica adequada, escolha terapêutica baseada em evidências, duração apropriada do tratamento e monitoramento contínuo dos efeitos e da necessidade de manutenção.

Nesse contexto, é fundamental distinguir a ampliação do acesso à saúde da banalização do consumo de medicamentos. Embora a disponibilidade de fármacos represente um avanço significativo no cuidado de diversas condições, sua utilização indiscriminada pode gerar consequências adversas relevantes, como o desenvolvimento de tolerância, dependência e agravamento de quadros clínicos a longo prazo. Assim, o desafio central dos sistemas de saúde não se limita a garantir o acesso, mas envolve assegurar que esse acesso ocorra de forma qualificada e responsável.

No caso dos psicofármacos, especialmente dos benzodiazepínicos, a aplicação desse princípio se torna ainda mais crítica. A alta frequência de prescrição desses medicamentos, aliada à sua eficácia imediata no alívio de sintomas, contribui para sua consolidação como resposta recorrente a ao sofrimento psíquico. No entanto, sem a devida observância dos critérios de uso racional, esse padrão pode favorecer a manutenção de tratamentos inadequados e o surgimento de dependência farmacológica.

Dessa forma, a incorporação efetiva do uso racional de medicamentos exige não apenas diretrizes técnicas, mas também a implementação de práticas institucionais que promovam revisão periódica de prescrições, capacitação de profissionais de saúde e conscientização dos pacientes. Trata-se, portanto, de um princípio que articula dimensões clínicas, éticas e

estruturais, sendo essencial para a construção de sistemas de saúde que conciliem acesso, segurança e qualidade no cuidado.

Diretrizes de uso breve e cauteloso para benzodiazepínicos

As diretrizes clínicas internacionais estabelecem que os benzodiazepínicos devem ser utilizados de forma breve e cautelosa, especialmente no tratamento de quadros como ansiedade, insônia e crises agudas de pânico. Essa recomendação está fundamentada em evidências que demonstram o rápido desenvolvimento de tolerância e o risco significativo de dependência associado ao uso prolongado. Dessa forma, a indicação desses medicamentos deve, em regra, estar vinculada a intervenções de curta duração, com objetivos terapêuticos claramente definidos.

A lógica que sustenta essas diretrizes parte do entendimento de que os benzodiazepínicos atuam de maneira eficaz no alívio imediato dos sintomas, mas não resolvem as causas estruturais do sofrimento psíquico. Por isso, seu uso deve ser concebido como um recurso de apoio temporário, frequentemente associado a outras formas de cuidado, como psicoterapia e intervenções psicossociais. Quando utilizados de forma contínua, sem reavaliação adequada, esses medicamentos deixam de cumprir sua função inicial e passam a gerar novos riscos clínicos.

Nesse sentido, o uso prolongado deve ser compreendido como exceção cuidadosamente justificada, e não como prática rotineira. A manutenção do tratamento por períodos extensos exige avaliação clínica rigorosa, considerando benefícios, riscos e alternativas disponíveis. No entanto, observa-se, em diversos contextos, a consolidação de um padrão no qual a prescrição contínua ocorre de forma automática, sem a devida análise crítica, o que contribui para o afastamento das recomendações técnicas.

Diante desse cenário, torna-se essencial transformar diretrizes clínicas em protocolos efetivos dentro dos sistemas de saúde. Isso envolve a criação de mecanismos que incentivem a reavaliação periódica das prescrições, a limitação de duração em determinadas indicações e o fortalecimento da formação profissional voltada ao uso seguro desses medicamentos. Assim, mais do que estabelecer recomendações, o desafio reside em garantir sua aplicação concreta na prática clínica cotidiana.

A importância de protocolos de descontinuação segura e desprescrição

A descontinuação do uso de benzodiazepínicos deve ser compreendida como uma etapa integrante do tratamento, e não como uma decisão pontual ou improvisada ao final do processo terapêutico. A ausência de planejamento adequado para a retirada desses medicamentos contribui significativamente para a manutenção do uso prolongado, uma vez que muitos pacientes permanecem em tratamento não pela persistência do quadro inicial, mas pelo receio dos sintomas associados à interrupção.

Nesse contexto, torna-se fundamental a adoção de estratégias de descontinuação gradual, conhecidas como *tapering*, que consistem na redução progressiva da dose ao longo do tempo. Essas estratégias devem ser individualizadas, levando em consideração fatores como tempo de uso, dosagem, condições clínicas do paciente e presença de comorbidades. A retirada abrupta, por outro lado, pode desencadear sintomas intensos de abstinência, incluindo ansiedade exacerbada, insônia, irritabilidade e, em casos mais graves, manifestações neurológicas, o que frequentemente leva à retomada do uso.

Além disso, o processo de desprescrição exige acompanhamento contínuo por profissionais de saúde, bem como, idealmente, a integração com outras formas de cuidado, como suporte psicológico e intervenções psicossociais. A ausência dessas alternativas contribui para que o medicamento permaneça como única ferramenta disponível, dificultando a transição para um modelo de cuidado mais sustentável.

Nesse cenário, os sistemas de saúde desempenham um papel central, sendo responsáveis por capacitar profissionais para conduzir processos de retirada de forma segura e humanizada. Isso inclui o desenvolvimento de protocolos clínicos claros, a formação continuada em desprescrição e a criação de mecanismos institucionais que incentivem a revisão periódica das prescrições. Assim, a descontinuação segura deixa de ser uma prática isolada e passa a ser incorporada como componente estruturante do cuidado em saúde mental.

A ética da prescrição diante do risco de dependência iatrogênica

A prescrição de benzodiazepínicos envolve uma dimensão ética central, especialmente diante do risco de dependência iatrogênica, isto é, aquela induzida pelo próprio tratamento médico. Embora esses medicamentos sejam eficazes no alívio imediato de sintomas, sua utilização exige que profissionais de saúde considerem não apenas os benefícios de curto prazo, mas também os potenciais impactos de médio e longo prazo sobre a saúde e a autonomia dos pacientes.

Nesse sentido, destaca-se o dever profissional de informar de forma clara e acessível os riscos associados ao uso desses fármacos, incluindo a possibilidade de tolerância, dependência e dificuldades no processo de retirada. Além disso, a prática clínica ética pressupõe a revisão contínua da necessidade do tratamento, evitando a manutenção automática de prescrições sem justificativa clínica robusta. A ausência dessas condutas contribui para a naturalização de práticas que, embora amplamente aceitas, podem gerar danos evitáveis.

Outro elemento fundamental diz respeito à necessidade de equilibrar o alívio imediato do sofrimento com os efeitos de longo prazo das intervenções farmacológicas. A priorização exclusiva da redução rápida de sintomas pode levar à adoção de soluções que, embora eficazes no curto prazo, perpetuam ou até agravam a condição do paciente ao longo do tempo. Assim, a ética da prescrição exige uma abordagem que considere o cuidado em sua totalidade, e não apenas a resposta imediata à demanda clínica.

Por fim, é importante reconhecer que a responsabilidade pela dependência farmacológica não pode ser atribuída exclusivamente ao paciente. Quando práticas de prescrição amplamente difundidas passam a produzir efeitos adversos recorrentes, a questão assume caráter institucional. Isso implica a necessidade de revisão de diretrizes, fortalecimento da formação profissional e desenvolvimento de políticas públicas que promovam o uso seguro e consciente de medicamentos. Dessa forma, a ética da prescrição se consolida como elemento essencial para a construção de sistemas de saúde mais responsáveis, transparentes e centrados no paciente.

A relação entre saúde mental, cuidado integral e determinantes sociais

A compreensão da saúde mental como um fenômeno multifatorial é essencial para a construção de respostas eficazes ao problema da dependência farmacológica. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não pode ser reduzido exclusivamente a uma disfunção biológica a ser corrigida por meio de intervenção química. Embora os medicamentos desempenhem um papel relevante no manejo de sintomas, sua utilização isolada não é suficiente para abordar a complexidade das condições que afetam o bem-estar mental dos indivíduos.

Diversos fatores sociais, econômicos e culturais, como desigualdade, insegurança financeira, violência, sobrecarga de trabalho e isolamento social, influenciam diretamente a incidência e a intensidade de quadros de ansiedade, insônia e outros transtornos. Quando esses determinantes não são considerados, há uma tendência de transformar sofrimentos estruturalmente produzidos em demandas clínicas individualizadas, frequentemente tratadas prioritariamente por via medicamentosa.

Nesse contexto, torna-se fundamental a adoção de um modelo de cuidado integral, que articule diferentes dimensões do tratamento. Isso inclui não apenas o uso criterioso de medicamentos, mas também o acesso à psicoterapia, o fortalecimento de redes de apoio social, o desenvolvimento de estratégias comunitárias de cuidado e a implementação de políticas públicas voltadas à redução das vulnerabilidades sociais. A integração dessas abordagens permite uma resposta mais abrangente e sustentável ao sofrimento psíquico.

Por outro lado, a centralização excessiva do cuidado em intervenções farmacológicas pode levar à consolidação de um modelo limitado, no qual o medicamento se torna a principal e, por vezes, única resposta disponível. Esse padrão não apenas restringe as possibilidades terapêuticas, mas também contribui para a perpetuação de ciclos de dependência e para a invisibilização das causas estruturais do sofrimento. Assim, reconhecer a relação entre saúde mental e determinantes sociais é fundamental para orientar políticas e práticas que promovam um cuidado mais equitativo, humano e efetivo.

Obstáculos Políticos, Econômicos e Institucionais para Enfrentar o Problema

A dependência de soluções rápidas e baratas

A persistência do uso prolongado de benzodiazepínicos está diretamente relacionada à crescente dependência de soluções rápidas para o manejo do sofrimento psíquico. Em contextos marcados por alta demanda por atendimento em saúde mental, intervenções que oferecem alívio imediato tendem a ser priorizadas, mesmo quando não representam a abordagem mais adequada a longo prazo.

Nesse cenário, os benzodiazepínicos se destacam por sua ação rápida na redução de sintomas como ansiedade e insônia, o que os torna particularmente atrativos tanto para profissionais de saúde quanto para pacientes. Para os profissionais, representam uma resposta eficiente diante de limitações de tempo e recursos; para os pacientes, oferecem alívio quase imediato, reforçando sua continuidade no tratamento.

Esse ciclo contribui para a consolidação de um padrão no qual a eficácia de curto prazo passa a orientar decisões terapêuticas, ainda que isso implique riscos progressivos, como dependência e dificuldade de descontinuação. Em muitos casos, a própria melhora inicial dos sintomas fortalece a percepção de necessidade do medicamento, tornando sua retirada mais complexa.

Além disso, a valorização social de respostas rápidas — presente não apenas na medicina, mas em diversos aspectos da vida contemporânea — reforça a busca por soluções imediatas, em detrimento de abordagens que exigem tempo, acompanhamento contínuo e maior engajamento do paciente.

Como consequência, estabelece-se um cenário em que intervenções de curto prazo se tornam predominantes, dificultando a adoção de estratégias mais sustentáveis e contribuindo para a manutenção do uso prolongado desses medicamentos.

Cultura médica e práticas de prescrição

As práticas de prescrição desempenham um papel central na manutenção do uso prolongado de benzodiazepínicos. Ao longo das últimas décadas, esses medicamentos foram amplamente incorporados à rotina clínica, consolidando-se como uma resposta frequente para sintomas como ansiedade e insônia.

Essa consolidação não ocorre apenas por fatores individuais, mas também por padrões estruturais da própria prática médica. Em muitos contextos, a formação profissional, a experiência clínica e a reprodução de condutas estabelecidas contribuem para a continuidade dessas prescrições, mesmo diante de evidências que recomendam o uso restrito e de curto prazo.

Além disso, a renovação recorrente de receitas e a dificuldade de interromper o tratamento, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais, reforçam a permanência desses medicamentos ao longo do tempo. Em alguns casos, a própria ausência de protocolos claros para descontinuação contribui para a manutenção do uso.

Outro fator relevante é a percepção de que os benzodiazepínicos representam uma solução eficaz e relativamente segura, especialmente quando comparados a alternativas mais complexas ou de efeito menos imediato. Essa percepção, construída historicamente, influencia decisões clínicas e contribui para a normalização do uso prolongado.

Como resultado, observa-se um descompasso entre as diretrizes clínicas e a prática cotidiana, no qual recomendações de uso limitado coexistem com padrões de prescrição que favorecem a continuidade do tratamento.

O peso econômico e político da indústria farmacêutica

A indústria farmacêutica exerce um papel significativo na consolidação do uso de medicamentos como principal resposta a diversas condições de saúde, incluindo transtornos relacionados à ansiedade e ao sono. No caso dos benzodiazepínicos, sua ampla difusão ao longo das últimas décadas está associada não apenas à sua eficácia clínica, mas também à forma como esses fármacos foram incorporados aos sistemas de saúde e à prática médica.

A produção em larga escala e a ampla disponibilidade desses medicamentos contribuíram para sua integração ao cuidado cotidiano, tornando-os uma das respostas mais acessíveis e

recorrentes em diferentes contextos. Em sistemas de saúde marcados por limitações de tempo, recursos e acesso a alternativas terapêuticas, essa disponibilidade reforça a centralidade da resposta medicamentosa.

Além disso, a indústria farmacêutica exerce influência relevante na definição de prioridades em saúde, seja por meio de investimentos em pesquisa, financiamento de estudos ou interação com profissionais e instituições. Essa dinâmica pode contribuir para a valorização de abordagens baseadas em medicamentos, em detrimento de alternativas que recebem menor incentivo ou visibilidade.

Do ponto de vista político, o setor também impacta a formulação de políticas públicas e a regulação do acesso a medicamentos, influenciando decisões relacionadas à aprovação, distribuição e controle desses produtos. Essa relação entre setor público e privado, embora essencial para o funcionamento dos sistemas de saúde, pode contribuir para a manutenção de modelos de cuidado centrados na prescrição.

Como resultado, o uso de benzodiazepínicos deve ser compreendido não apenas como uma decisão clínica individual, mas como parte de uma estrutura mais ampla que envolve interesses econômicos, organização dos sistemas de saúde e dinâmicas institucionais, contribuindo para a continuidade de padrões elevados de consumo.

1A escassez de infraestrutura para alternativas terapêuticas

A limitação de acesso a alternativas terapêuticas constitui um dos principais obstáculos à redução do uso prolongado de benzodiazepínicos. Intervenções como psicoterapia, acompanhamento psicológico e outras abordagens não farmacológicas frequentemente demandam tempo, recursos e estrutura que não estão amplamente disponíveis em diversos sistemas de saúde.

Em muitos contextos, a oferta desses serviços é insuficiente para atender à demanda crescente por cuidados em saúde mental, resultando em longos períodos de espera, custos elevados ou dificuldade de acesso contínuo. Essa realidade restringe as opções disponíveis tanto para profissionais de saúde quanto para pacientes.

Diante dessa escassez, a prescrição medicamentosa tende a se consolidar como a alternativa mais viável, especialmente por sua disponibilidade imediata e menor exigência de

acompanhamento estruturado. Assim, mesmo quando existem recomendações que priorizam abordagens não farmacológicas, sua implementação se torna limitada na prática.

Como consequência, a ausência de infraestrutura adequada para alternativas terapêuticas não apenas restringe escolhas, mas também reforça a centralidade dos medicamentos no cuidado em saúde mental, contribuindo para a manutenção de padrões de uso prolongado.



Caminhos de Solução e Eixos Possíveis de Resolução

Protocolos mais rigorosos de prescrição e revisão periódica

O primeiro eixo de resposta ao problema da dependência de benzodiazepínicos consiste no fortalecimento das diretrizes clínicas de prescrição e na criação de mecanismos institucionais que garantam sua aplicação efetiva. A literatura internacional é convergente quanto à necessidade de limitar a duração das prescrições: uma revisão de escopo com 113 documentos de prática clínica de cinco continentes identificou consenso de que o uso de benzodiazepínicos deve ser restrito a períodos de curto prazo, com duração máxima recomendada de menos de quatro semanas, e que esses medicamentos não devem ser utilizados como agentes farmacológicos de primeira linha para ansiedade, depressão ou insônia (Marriott et al., 2024). Essa mesma revisão identificou, no entanto, disparidades significativas nas recomendações quanto a dosagens, vias de administração e indicações específicas, o que aponta para a necessidade de maior padronização e harmonização internacional dos protocolos.

Do lado da descontinuação, a evidência aponta que a desprescrição gradual, com redução progressiva da dose, tomada de decisão compartilhada com o paciente e apoio não farmacológico concomitante, é a estratégia com melhores resultados. Uma metanálise de ensaios controlados randomizados demonstrou que a desprescrição de benzodiazepínicos foi significativamente mais bem-sucedida quando combinada com métodos não farmacológicos do que com redução gradual isolada, tanto no curto prazo (RR = 2,02; IC 95% = 1,41–2,89) quanto no longo prazo (RR = 2,45; IC 95% = 1,56–3,85) (Soni et al., 2023). Protocolos oficiais de tapering, aliados à capacitação de profissionais para conduzir a retirada gradual sem revitimização do paciente, representam, portanto, uma das intervenções de maior impacto potencial no âmbito clínico. Sem suporte adequado, apenas 7% dos usuários dependentes conseguem interromper o uso por conta própria (Pélissolo et al., 2025).

A obrigatoriedade de justificativa clínica formal quando o uso se estender além do prazo recomendado, e a reavaliação periódica de todos os pacientes em uso prolongado, são medidas que podem ser implementadas tanto em sistemas nacionais de saúde quanto como exigências de acreditação para prescritores e serviços de saúde.

Sistemas nacionais de monitoramento do uso contínuo

A construção de bases integradas de prescrição e dispensação é um pré-requisito técnico para qualquer política efetiva de controle do uso prolongado de benzodiazepínicos. Os Programas de Monitoramento de Prescrições (PDMPs) representam a arquitetura mais disseminada nesse campo: são sistemas de banco de dados operados por governos estaduais ou nacionais que rastreiam prescrições de substâncias controladas com o objetivo de identificar padrões de uso inadequado, desvio e acumulação por múltiplos prescritores (D'Souza et al., 2024). Quando plenamente utilizados, com consulta obrigatória antes da emissão de prescrições, integração com prontuários eletrônicos e relatórios proativos a conselhos profissionais, esses sistemas demonstram capacidade de reduzir prescrições inadequadas de benzodiazepínicos e opioides (Penn LDI, 2023).

O principal desafio identificado na literatura não é a existência dos sistemas, mas sua subutilização e fragmentação. Uma revisão sistemática concluiu que, embora PDMPs tenham mitigado o abuso de medicamentos controlados e aumentado a eficiência dos prescritores, sua taxa de implementação efetiva permanece baixa em função de limitações como acesso restrito à internet, falta de integração com sistemas eletrônicos de saúde e treinamento insuficiente dos profissionais (Alogaili et al., 2020). O Gabinete de Auditoria dos EUA (GAO) identificou que a falta de integração dos dados dos PDMPs nos registros eletrônicos de saúde é o principal obstáculo apontado por médicos para o uso efetivo dessas ferramentas, uma vez que acessar o sistema separadamente representa uma sobrecarga de tempo incompatível com a rotina de atendimentos de alta demanda (GAO, 2020).

A solução passa pela padronização técnica dos sistemas, pela interoperabilidade entre estados e países, pela integração com prontuários eletrônicos e pela geração de alertas automáticos a profissionais e gestores quando pacientes atingem limiares de risco, combinando dados de prescrição, dispensação e histórico clínico. Para além das ferramentas técnicas, é igualmente necessário que os profissionais de saúde recebam orientação adequada sobre como interpretar e agir a partir das informações fornecidas pelos sistemas de monitoramento (Oldenhof et al., 2019).

Estratégias seguras e amplamente difundidas de descontinuação

A desprescrição de benzodiazepínicos é um processo clínico complexo que requer protocolos padronizados, capacitação profissional específica e suporte ativo ao paciente. Sem intervenção estruturada, a taxa de sucesso na descontinuação é extremamente baixa: mesmo com o acompanhamento de um clínico geral, apenas 25 a 30% dos usuários conseguem interromper o uso, e aproximadamente 7% permanecem livres do medicamento no longo prazo (Pélissolo et al., 2025). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aumenta essas taxas de forma expressiva, podendo elevar o sucesso de abstinência para 70 a 80% quando associada ao desmame gradual, o que evidencia que a desprescrição eficaz não é apenas farmacológica, mas necessariamente psicossocial (Breuillé et al., 2021).

O Colorado Consortium for Prescription Drug Abuse Prevention sistematizou recomendações de prática clínica para a desprescrição de benzodiazepínicos, indicando que o processo deve ser oferecido a todos os pacientes, especialmente quando o uso ultrapassa quatro semanas, que uma redução gradual baseada em sintomas é a abordagem mais segura, e que a FDA atualizou em 2020 seu alerta de caixa para incluir os riscos de dependência fisiológica e reações de abstinência (CORX Consortium, 2020). A padronização e disseminação desses protocolos por sistemas nacionais de saúde, combinada com a formação de prescritores em saúde primária para conduzir tapering sem que o paciente se sinta abandonado ou punido, é um dos caminhos mais promissores e de menor custo para reduzir o impacto da dependência em larga escala.

A produção e distribuição de materiais educativos acessíveis para usuários e familiares sobre os mecanismos de dependência, os sintomas de abstinência e o processo de desprescrição é igualmente indispensável para que os pacientes possam participar ativamente e com autonomia informada do seu próprio processo de cuidado.

Expansão de alternativas não medicamentosas

Um dos fundamentos estruturais do problema do uso excessivo de benzodiazepínicos é a escassez de alternativas terapêuticas acessíveis. A resposta a esse gargalo requer investimento ativo na ampliação do acesso à psicoterapia, terapia em grupo, cuidado comunitário e apoio psicossocial, não como complemento secundário, mas como componente central dos sistemas

de atenção à saúde mental. O acesso à TCC para transtornos de ansiedade, que são as principais indicações dos benzodiazepínicos, "permanece chocantemente baixo", mesmo existindo tratamentos de alta eficácia: a maioria das pessoas com transtornos de ansiedade simplesmente não os recebe (Amara et al., 2025). Em um contexto em que aproximadamente dois terços dos pacientes de atenção primária com transtornos de ansiedade não recebem psicoterapia com componentes de TCC em nenhum momento em um período de cinco anos (Weisberg & Kearney, 2016), a prescrição de benzodiazepínicos preenche um vazio que poderia ser ocupado por intervenções mais adequadas.

A integração entre atenção primária, saúde mental especializada e redes territoriais é um pré-requisito para reduzir a dependência do medicamento como única resposta disponível. Iniciativas como o Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) no Reino Unido, que ampliou o acesso a TCC em saúde primária por meio da formação de trabalhadores de saúde mental, representam modelos de como sistemas públicos podem aumentar a oferta de alternativas sem recorrer exclusivamente ao medicamento (Siriwardena et al., 2010). A tecnologia digital oferece novas vias de disseminação: intervenções baseadas em TCC via internet, aplicativos de saúde mental e consultas por telemedicina podem estender o alcance de terapias eficazes a populações que não têm acesso físico a serviços especializados (Farchione et al., 2019). Para os já dependentes, intervenções breves de TCC associadas ao desmame farmacológico conduzido por farmacêuticos têm mostrado viabilidade promissora em contextos de atenção primária (Yarns et al., 2023).

Regulação mais firme da atuação da indústria farmacêutica

O enfrentamento da dimensão comercial do problema requer mecanismos regulatórios que vão além da transparência declaratória. O Physician Payments Sunshine Act, lei federal estadunidense de 2010, representou um avanço ao exigir que fabricantes de medicamentos e dispositivos médicos divulguem ao Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) todos os pagamentos e transferências de valor realizados a médicos e hospitais universitários, dados tornados públicos em base de acesso aberto (Health Affairs, 2014). A lei buscou criar condições para que conflitos de interesse fossem identificados e avaliados pela sociedade e pelas instituições de saúde.

No entanto, a evidência acumulada nos anos subsequentes sugere que a transparência declaratória, por si só, é insuficiente. Uma análise publicada no *Journal of General Internal Medicine* constatou que, nos cinco anos após a implementação do Sunshine Act, não houve redução nos pagamentos da indústria a médicos, e que os valores transferidos pelas 20 principais empresas de tecnologia médica chegaram a triplicar no período (Brody e Light, 2021). A divulgação é necessária, mas não suficiente: as recomendações mais robustas apontam para medidas adicionais, como a proibição de amostras gratuitas aos prescritores, a exclusão de profissionais com vínculos financeiros com fabricantes de comitês de formulários hospitalares, e a vedação de que professores de centros acadêmicos atuem em comitês de palestrantes da indústria farmacêutica (Brody e Light, 2021). O Instituto de Medicina dos EUA (National Academy of Medicine) recomendou ainda que membros de grupos elaboradores de diretrizes clínicas se desvinculem de investimentos financeiros em entidades cujos interesses possam ser afetados pelas recomendações que elaboram (Health Affairs, 2014).

O debate sobre lucro, mercado e sofrimento humano como eixo central do problema demanda que os Estados considerem mecanismos regulatórios mais estruturantes: proibições ou restrições à publicidade direta ao consumidor de medicamentos sujeitos a prescrição médica, criação de comitês independentes de avaliação de evidências desvinculados do financiamento industrial, e responsabilização formal por marketing enganoso ou omissão de riscos de dependência.

Campanhas públicas de conscientização

A dimensão pública do problema, isto é, a naturalização cultural do uso de benzodiazepínicos como resposta imediata ao sofrimento, demanda intervenções de comunicação e educação em saúde que ampliem a autonomia informada dos pacientes e reformulem o imaginário social sobre o sofrimento e o cuidado. Campanhas de saúde pública que promovem o letramento em saúde mental, entendido como o conjunto de conhecimentos, crenças e habilidades que permitem reconhecer, manejar e prevenir transtornos mentais (Jorm, 2012, citado em OMS, 2016), demonstraram, em análises sistemáticas, eficácia na melhoria de atitudes e na redução de discriminação de forma custo-efetiva (Thornicroft et al., citado em OMS, 2016).

O desafio específico no campo dos benzodiazepínicos é que as campanhas de conscientização precisam simultaneamente informar sobre o risco de dependência, os limites do uso e a

necessidade de acompanhamento clínico, sem produzir efeitos estigmatizantes sobre os usuários, que frequentemente iniciaram o uso sob prescrição médica e se tornaram dependentes sem perceber (Oldenhof et al., 2019). A pesquisa sobre anti-estigma aponta que campanhas mais eficazes combinam informação factual com relatos de experiências vividas, integrando múltiplas plataformas e engajando grupos-alvo específicos (Knaak et al., 2017, citado em *Frontiers in Public Health*, 2020). Combater a ideia de que todo sofrimento deve ser imediatamente sedado requer não apenas informação, mas uma comunicação que posicione a busca por cuidado integral e a tolerância a formas não farmacológicas de sofrimento como atitudes positivas e alcançáveis.

No plano institucional, a OPAS destaca que campanhas de letramento, conscientização pública e atividades educativas são estratégias eficazes para educar o público geral e públicos-alvo específicos, e que a compreensão do estigma no cenário de saúde é essencial para criar ambientes seguros em que pessoas com experiência vivida busquem cuidado (OPAS, 2022).

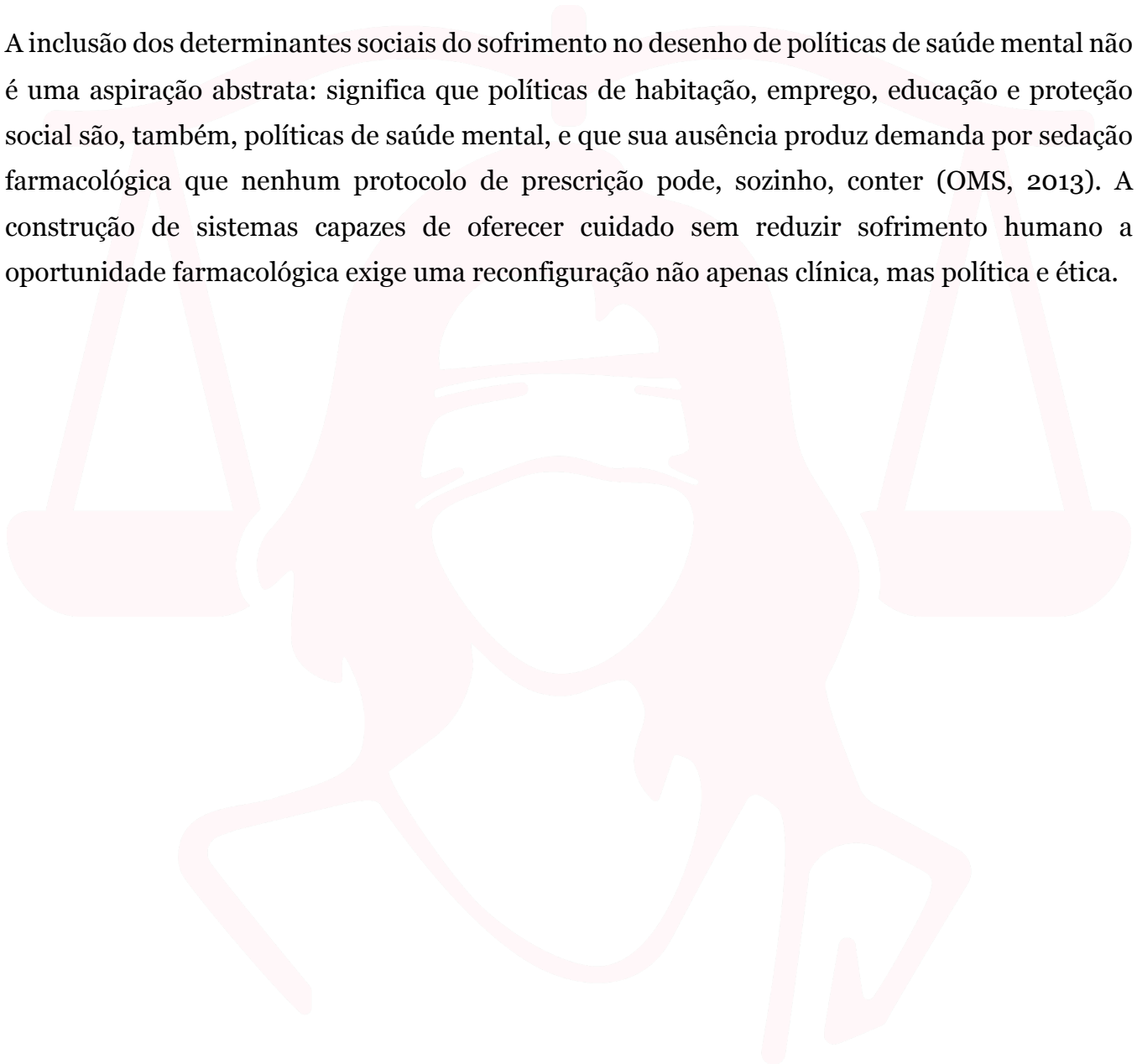
Reorganização do cuidado em saúde mental para além da sedação

O conjunto dos seis eixos anteriores converge para uma transformação mais profunda: a reorganização dos sistemas de saúde mental em direção a modelos integrais de atenção que não reduzam o sofrimento humano a uma oportunidade farmacológica. Essa transformação é o horizonte do Plano de Ação Abrangente em Saúde Mental 2013–2030 da OMS, adotado pela 66^a Assembleia Mundial da Saúde e atualizado em 2021 pela 74^a Assembleia: o documento desloca o foco do modelo exclusivamente médico para incluir determinantes sociais da saúde mental, como renda, emprego, moradia, educação, discriminação e exposição à violência, reforça o papel do cuidado baseado na comunidade e posiciona a recuperação como objetivo central das políticas de saúde mental (OMS, 2021).

O Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022 da OMS aprofundou esse quadro, propondo uma transformação dos sistemas de saúde mental em três frentes: mudança de atitudes sociais, mudança nos ambientes onde as pessoas vivem e trabalham, e mudança nos sistemas de cuidado em si. O documento identificou que, em 2019, quase um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental, e que, para a maioria das nações, a maior parte do investimento em saúde mental ainda se concentrava em hospitais psiquiátricos, com menos de 20% dos recursos indo

para atenção primária, prevenção de transtornos ou promoção do bem-estar (OPAS, 2022; Champion et al., 2022, citado em Gruber et al., 2024). Um roteiro recente da OMS para a reforma de políticas de saúde mental enfatiza a necessidade de respostas integradas aos determinantes sociais e estruturais, como habitação, educação e emprego, e de empoderamento de pessoas com experiência vivida para cocriar políticas e liderar esforços anti-estigma (Gruber et al., 2024).

A inclusão dos determinantes sociais do sofrimento no desenho de políticas de saúde mental não é uma aspiração abstrata: significa que políticas de habitação, emprego, educação e proteção social são, também, políticas de saúde mental, e que sua ausência produz demanda por sedação farmacológica que nenhum protocolo de prescrição pode, sozinho, conter (OMS, 2013). A construção de sistemas capazes de oferecer cuidado sem reduzir sofrimento humano a oportunidade farmacológica exige uma reconfiguração não apenas clínica, mas política e ética.



Perguntas que uma Resolução Deve Responder

- Como reduzir a prescrição excessiva de benzodiazepínicos sem desassistir pessoas que realmente precisam de cuidado em saúde mental?
- Que critérios devem orientar uso breve, revisão periódica e manutenção excepcional?
- Como estruturar estratégias seguras de retirada para milhões de pessoas já em uso crônico?
- Que mecanismos de monitoramento podem identificar dependência farmacológica produzida sob prescrição legítima?
- Como ampliar acesso a alternativas terapêuticas em sistemas de saúde com poucos recursos?
- Que respostas específicas devem ser desenhadas para mulheres e idosos, grupos frequentemente mais expostos?
- Como limitar a influência da indústria farmacêutica sobre expansão e banalização do consumo?
- De que forma campanhas públicas podem conscientizar sem culpabilizar pacientes?
- Como reorganizar a resposta ao sofrimento psíquico para que o medicamento não seja automaticamente a primeira e principal solução?
- Qual deve ser o papel da OMS na formulação de padrões internacionais sobre prescrição segura, de prescrição e cuidado integral?

Sugestões de Pesquisa Adicional

Diretrizes de Manejo Clínico e Uso Racional de Psicotrópicos

O estabelecimento do uso racional de medicamentos pressupõe que as intervenções farmacológicas sejam rigorosamente pautadas pela necessidade clínica real do indivíduo, de modo que as doses sejam ajustadas aos requisitos particulares por períodos estritamente necessários e com o menor custo possível para a sociedade. Nesse sentido, o referencial técnico do mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) detalha de forma minuciosa os protocolos voltados ao manejo de transtornos mentais e neurológicos, definindo critérios claros para o início de qualquer terapêutica e para o monitoramento contínuo de efeitos colaterais. O link indicado direciona ao centro de evidências da OMS, o qual reúne revisões sistemáticas que comparam a eficácia de intervenções psicossociais frente ao uso isolado de fármacos, consolidando a premissa de que os benzodiazepínicos devem figurar apenas como suporte de curtíssimo prazo, não excedendo o limite de quatro semanas.

Link: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>

Determinantes Sociais, Saúde Mental e Cuidado Integral

A compreensão profunda da saúde mental contemporânea exige a análise de como fatores externos, tais como as condições de trabalho, a segurança comunitária e a estabilidade econômica, influenciam diretamente o equilíbrio psíquico das populações. Seguindo essa lógica, o modelo de cuidado integral proposto pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) defende que o tratamento não deve ser reduzido ao controle químico de sintomas, mas sim expandido para incluir suporte social e acompanhamento psicológico robusto. O conteúdo disponível aborda relatórios técnicos sobre a realidade sanitária das Américas, ressaltando a urgência de fortalecer os serviços de base comunitária para evitar que a medicalização se torne a resposta única e simplista dos sistemas de saúde diante de problemas que possuem raízes profundamente sociais e existenciais.

Link: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>

Segurança do Paciente e Prevenção de Danos Iatrogênicos

A segurança do paciente constitui um pilar ético fundamental que visa a redução sistemática de riscos e danos evitáveis durante a assistência à saúde, concentrando esforços na prevenção de erros de prescrição e nos efeitos adversos decorrentes do uso prolongado. Através do desafio global intitulado "Medicação Sem Danos", analisam-se as práticas clínicas que podem resultar em iatrogenia, ou seja, o dano provocado pelo próprio ato médico ou pelo tratamento instituído. Os documentos listados oferecem protocolos práticos para a mitigação de riscos como quedas e confusão mental, provendo ferramentas de verificação para que profissionais e pacientes consigam identificar sinais precoces de uso problemático antes que ocorram danos irreversíveis à integridade física ou cognitiva do usuário.

Link: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

Link: <https://cuidartech.com.br/wp-content/uploads/2023/12/Protocolos-de-seguranca-do-paciente-com-transtorno-mental.pdf>

Envelhecimento Ativo e Desinstitucionalização

O manejo de psicotrópicos na população idosa demanda cautela extrema em razão das alterações no metabolismo e do elevado risco de interações medicamentosas perigosas. Portanto, este tópico prioriza a manutenção da capacidade funcional e cognitiva durante o processo de envelhecimento, abordando a prática da desprescrição como uma estratégia essencial para a interrupção planejada de substâncias que perderam sua justificativa clínica. Por meio do guia ICOPE (Integrated Care for Older People) e de diversas sínteses de evidências, explica-se como a Atenção Primária pode gerenciar queixas de ansiedade e insônia sem a utilização de benzodiazepínicos, prevenindo de forma eficaz o agravamento de quadros demenciais e outros prejuízos motores associados à sedação crônica.

Link:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sinteseevidencias_saudemental.pdf

Link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550048>

Monitoramento Internacional e Controle de Substâncias Psicotrópicas

O controle internacional de substâncias busca o equilíbrio ético de garantir que medicamentos essenciais estejam disponíveis para fins médicos ao mesmo tempo em que previne rigorosamente o seu desvio para usos indevidos. Este monitoramento abrange desde a fabricação até a distribuição final, sendo pautado por tratados que os países devem cumprir para assegurar a soberania sanitária. Os relatórios da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (INCB) e do UNODC fornecem dados estatísticos precisos sobre o consumo global, analisando as tendências do mercado farmacêutico e explicando o funcionamento dos mecanismos de vigilância que visam coibir o uso não médico de psicotrópicos, garantindo que essas substâncias permaneçam sob estrito controle regulatório.

Link: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>

Link: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report.html>

Pesquisas farmacológicas e clínicas sobre benzodiazepínicos

Estudos sobre tolerância, abstinência, dependência e efeitos cognitivos
https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_31/Trabalho_45_2023.pdf

Pesquisas sobre uso em idosos, quedas, desempenho funcional e retirada gradual
<https://rsdjournal.org/rsd/article/download/44712/35736/467269>

Revisões sobre diferenças entre uso breve e uso crônico
<https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/download/5333/5275>

Estudos sobre medicalização e indústria farmacêutica

Textos sobre transformação do sofrimento em mercado terapêutico <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5825>

Pesquisas sobre marketing farmacêutico, regulação e conflito de interesses
<https://www.posead.saocamilo.br/etica-no-marketing-farmaceutico-desafios-e-boas-praticas/noticia/909?utm>

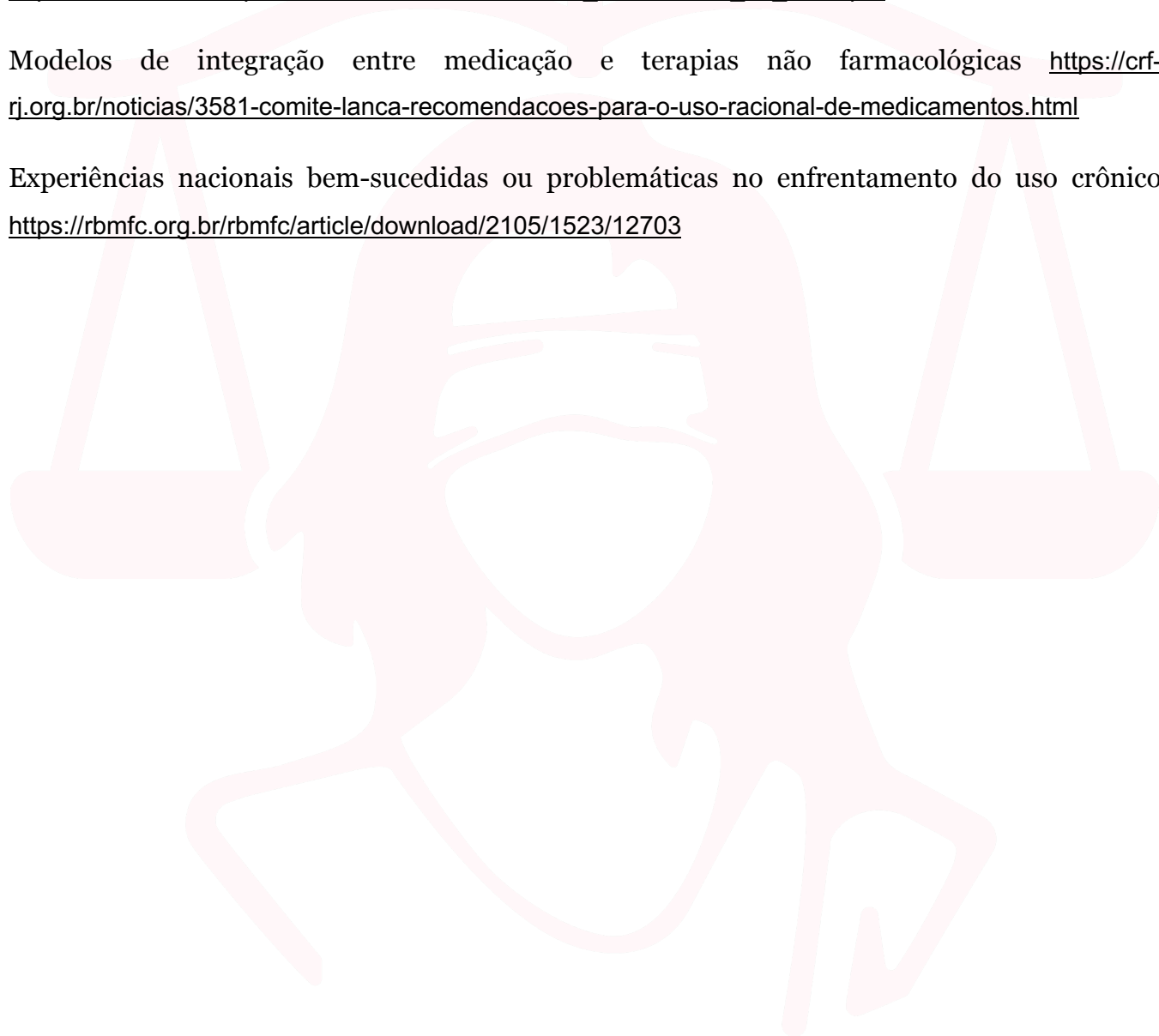
Trabalhos sobre medicalização da vida cotidiana e sofrimento social <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459667P>

Materiais comparativos sobre políticas nacionais

Protocolos de prescrição, monitoramento e desprescrição em diferentes países https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_34/Trabalho_03_2026.pdf

Modelos de integração entre medicação e terapias não farmacológicas <https://crf-rj.org.br/noticias/3581-comite-lanca-recomendacoes-para-o-uso-racional-de-medicamentos.html>

Experiências nacionais bem-sucedidas ou problemáticas no enfrentamento do uso crônico <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/2105/1523/12703>



Conclusão

A trajetória deste debate revela que a crise dos benzodiazepínicos não pode ser reduzida apenas às propriedades farmacológicas de uma classe de medicamentos, mas deve ser encarada como o desfecho de um modelo de civilização que passou a gerenciar o mal-estar através da contenção química. Ao encerrarmos estas discussões, torna-se claro que o desafio colocado aos Estados-membros transcende a farmacovigilância e atinge o cerne da ética do cuidado em saúde mental.

A Dependência Farmacológica como Sintoma de um Modelo de Cuidado

A dependência farmacológica em larga escala manifesta-se, em última análise, como o sintoma visível de um modelo de cuidado que se tornou excessivamente centrado no alívio imediato e na eficiência biológica. Ao longo deste comitê, consolidou-se a ideia de que a crise atual reflete o modo como as sociedades contemporâneas e seus respectivos sistemas de saúde optam por responder ao sofrimento psíquico, priorizando frequentemente a sedação em detrimento da compreensão. A recorrência da sedação como resposta institucionalizada é a expressão de um sistema que, pressionado pela rapidez das demandas produtivas, prefere amortecer as manifestações da dor a investigar e transformar as condições de vida que as produzem. Nesse sentido, os benzodiazepínicos deixam de ser instrumentos de cura para se tornarem mecanismos de adaptação forçada, revelando uma falha sistêmica na oferta de cuidados que valorizem a subjetividade e a história do indivíduo acima da sua estabilização química.

A Urgência de Romper a Banalização do Uso Crônico

A normalização clínica do uso contínuo de sedativos exige uma ruptura urgente por parte das autoridades sanitárias globais, visto que o fato de existirem milhões de prescrições ativas não torna a prática segura nem desejável sob o ponto de vista da saúde pública. É imperativo reconhecer que a aceitação social e médica de um tratamento pode coexistir com danos silenciosos e devastadores em larga escala, como o declínio cognitivo, o aumento de quedas em populações idosas e a perda da autonomia psíquica. A banalização do uso crônico mascarou, por décadas, o potencial iatrogênico dessas substâncias, criando uma cultura onde a renovação de receitas tornou-se uma formalidade burocrática e não um ato médico deliberado. Portanto, este comitê reafirma que a escala do consumo não deve ser interpretada como um indicador de

sucesso terapêutico, mas sim como um sinal de alerta para a necessidade de políticas de desmedicalização que protejam as futuras gerações da dependência institucionalizada.

Desafio Político e Ético Colocado aos Delegados

O desafio final colocado aos delegados da Organização Mundial da Saúde é a construção de soluções integradas que sejam capazes de proteger o paciente, qualificar a prática médica e enfrentar com coragem os interesses econômicos que lucram com a manutenção de sociedades medicadas. Responder à crise dos benzodiazepínicos exige ampliar as alternativas terapêuticas não farmacológicas e garantir que a saúde mental seja tratada como um direito humano fundamental que não pode ser reduzido a um consumo de pílulas. Ao final deste encontro, cada delegação deve confrontar a pergunta central que norteou nossos trabalhos: estamos tratando o sofrimento humano com um cuidado verdadeiramente responsável ou estamos apenas ensinando sociedades inteiras a sobreviver quimicamente ao que as adoce estruturalmente? A resposta a esta questão determinará se o futuro da saúde mental global será pautado pela dignidade da cura ou pela conveniência do silenciamento.

Bibliografia

1. SanarMed. “Dependência por Benzodiazepínicos.” *SanarMed*, sanarmed.com/dependencia-por-benzodiazepinicos/ . Accessed 24 Apr. 2026.
2. Lader, Malcolm. “Benzodiazepine Dependence.” *Addiction*, vol. 92, no. 7, 1997, pp. 823–828. *PubMed*, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9219487/
3. *Veja*. “Antidepressivos: Existe Mesmo Risco de Dependência? Nova Pesquisa Traz Respostas.” *Veja Saúde*, veja.abril.com.br/saude/antidepressivos-existe-mesmo-risco-de-dependencia-nova-pesquisa-traz-respostas/ Accessed 24 Apr. 2026.
4. Estratégia MED. “Resumo da Síndrome de Descontinuação de ISRS.” *Estratégia MED*, med.estrategia.com/portal/conteudos-gratis/doencas/resumo-da-sindrome-de-descontinuacao-de-isrs/ Accessed 24 Apr. 2026.
5. Rosenbaum, Jerrold F., et al. “Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation Syndrome.” *Biological Psychiatry*, vol. 44, no. 2, 1998, pp. 77–87. *PubMed*, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9632038/ .
6. UOL VivaBem. “Antidepressivos Podem Causar Perda de Memória?” *UOL VivaBem*, 11 Mar. 2023, www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2023/03/11/antidepressivos-podem-causar-perda-de-memoria.htm.
7. Baldessarini, Ross J., et al. “Illness Risk Following Rapid versus Gradual Discontinuation of Antidepressants.” *Psychotherapy and Psychosomatics*, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3133577/
8. *Revista Médica de Minas Gerais*. “Uso de Benzodiazepínicos.” *RMMG*, rmmg.org/artigo/detalhes/200 . Accessed 24 Apr. 2026.
9. SciELO. “O Uso de Psicotrópicos...” *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000400747 . Accessed 24 Apr. 2026.
10. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. WHO, 2017.
11. World Health Organization and World Bank. *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*. WHO, 2016.
12. World Health Organization. “Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines.” *WHO*, www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines .

13. The Freedom Center. "Barbiturates vs. Benzodiazepines." *The Freedom Center*, www.thefreedomcenter.com/barbiturates-vs-benzodiazepines/.
14. Ardu Recovery Center. "Barbiturates vs. Benzodiazepines." *Ardu Recovery Center*, www.ardurecoverycenter.com/barbiturates-vs-benzodiazepines/
15. ICTQ. "Dependência sob Prescrição: O Brasil e a Escalada dos Medicamentos para Dormir e Relaxar." *ICTQ*, ictq.com.br/farmacia-clinica/4671-dependencia-sob-prescricao-o-brasil-e-a-escalada-dos-medicamentos-para-dormir-e-relaxar .
16. Dell'Osso, Bernardo, and Giovanni Lader. "Do Benzodiazepines Still Deserve a Major Role in the Treatment of Psychiatric Disorders?" *CNS Drugs*, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6639084/
17. LibreTexts. "Barbiturates and Benzodiazepines." *Chemistry LibreTexts*, [chem.libretexts.org/Bookshelves/Biological_Chemistry/Supplemental_Modules_\(Biological_Chemistry\)/Pharmaceuticals/Barbiturates_and_Benzodiazepines](http://chem.libretexts.org/Bookshelves/Biological_Chemistry/Supplemental_Modules_(Biological_Chemistry)/Pharmaceuticals/Barbiturates_and_Benzodiazepines) .
18. *Revista de Ciências da Saúde*. "Uso de Benzodiazepínicos..." Universidade Federal do Rio Grande do Norte, periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/30803/17423 .
19. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. "Dependência de Benzodiazepínicos..." bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/5333/5275 .
20. Varella, Drauzio. "Riscos do Uso de Benzodiazepínicos." *Portal Drauzio Varella*, drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/riscos-do-uso-de-benzodiazepinicos/ .
21. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. "Benzodiazepínicos e Seus Riscos." *SBCM*, www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/751-sp-518958755 .
22. *Research, Society and Development*. "Uso Crônico de Benzodiazepínicos..." rsdjournal.org/rsd/article/download/36322/30393/401295 .
23. Rickels, Karl, et al. "Long-Term Benzodiazepine Users..." *Archives of General Psychiatry*, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2280531/
24. World Health Organization. *Guidelines on Mental Health Care*. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content .
25. World Health Organization. "Mental Health." *WHO*, www.who.int/health-topics/mental-health .
26. Institute for Safe Medication Practices Brasil. *O Paradoxo dos Benzodiazepínicos*. ISMP Brasil, 2024, ismp-brasil.org/wp-content/uploads/2024/06/BOLETIM_BENZODIAZEPINICOS.pdf.

27. *Saúde Coletiva*. “Uso e Dependência de Benzodiazepínicos.” periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/5507/4664 .
28. Associação Médica Brasileira. *Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos*. amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/abuso-e-dependencia-dos-benzodiazepinicos.pdf .
29. Universidade Federal de Minas Gerais. “Dependência de Benzodiazepínicos.” Repositório UFMG, repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/bece26a0-4d05-4e77-9fe3-2dc83b192bdd/content.
30. UniAtenas. *Uso Abusivo de Benzodiazepínicos: Como Reduzir*. www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/spic/monography/USO_ABUSIVO_DE_BENZODIAZEPINICOS_como_reduzir.pdf.
31. Biblioteca Virtual em Saúde. “Quais os Riscos do Uso Prolongado dos Benzodiazepínicos?” aps-repo.bvs.br/aps/quais-os-riscos-do-uso-prolongado-dos-benzodiazepinicos/.
32. *Cadernos de Humanas*. “Benzodiazepínicos e Dependência.” periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7714/3845.
33. AGÊNCIA PARA PESQUISA E QUALIDADE EM SAÚDE (AHRQ). Safe use of prescription benzodiazepines. Rockville: AHRQ, 2022. Disponível em: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/get-involved/nominated-topics/safe-use-prescription>. Acesso em: 24 abr. 2026.
34. AMARA, S. G. et al. Benzos (as) needed: research into as-needed and intermittent benzodiazepines for anxiety is required for comprehensive best prescribing practices. *Frontiers in Psychiatry*, [s.l.], v. 16, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12066482/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
35. CHEN, L. H. et al. Prescription monitoring programs and emergency department visits involving benzodiazepine misuse: early evidence from 11 United States metropolitan areas. *Drug and Alcohol Dependence*, [s.l.], v. 156, p. 282–289, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26345658/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
36. CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 2010. [Referência ao capítulo: The medicalization of mental disorder. In: PESCOSOLIDO, B. A. et al. (ed.). *Handbook of the sociology of health, illness, and healing*. New York: Springer, 2011. p. 61–73.]

37. HADLAND, S. E. et al. Association of pharmaceutical industry marketing of opioids with overdose mortality: an analysis of US states. *JAMA Network Open*, [s.l.], v. 2, n. 1, e186007, 2019.
38. JOUANJUS, E. et al. Early detection of prescription drug abuse using doctor shopping monitoring from claims databases: illustration from the experience of the French addictovigilance network. *PLOS ONE*, [s.l.], v. 10, n. 5, e0127131, 2015. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8165176/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
39. LÁZARO-MUÑOZ, G. et al. Should we just prescribe? Ethical considerations when using antidepressants and benzodiazepines for emotional distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s.l.], 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12783288/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
40. LUND, C. et al. Mapping actions to improve access to medicines for mental disorders in low and middle income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 208–228, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6998895/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
41. MARRIOTT, S. et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *BJPsych Open*, [s.l.], v. 10, n. 2, e50, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10955669/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
42. MAUST, D. T. et al. No end in sight: benzodiazepine use in older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, [s.l.], v. 64, n. 12, p. 2546–2553, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27879984/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
43. MONCRIEFF, J. Neutralising suffering: how the medicalisation of distress obliterates meaning and creates profit. Joanna Moncrieff [blog], 2014. Disponível em: <https://joannamoncrieff.com/2014/03/11/neutralising-suffering-how-the-medicalisation-of-distress-obliterates-meaning-and-creates-profit/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
44. NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA). Deprescribing of benzodiazepines in older adults (DBO). Washington, DC: NCQA, 2026. Disponível em: <https://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality-report/deprescribing-of-benzodiazepines-in-older-adults-dbo/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
45. OLDENHOF, E. et al. Beyond prescriptions monitoring programs: the importance of having the conversation about benzodiazepine use. *Journal of Clinical Medicine*, [s.l.], v.

- 8, n. 12, p. 2143, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6947397/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
46. PATEL, V. et al. Medicalizing distress, ignoring public health strategies. *International Journal of Health Policy and Management*, [s.l.], v. 3, n. 5, p. 289–291, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4201784/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
47. PEW CHARITABLE TRUSTS. Persuading the prescribers: pharmaceutical industry marketing and its influence on physicians and patients. Washington, DC: Pew, 2013. Disponível em: <https://www.pew.org/En/Research-and-Analysis/Fact-Sheets/2013/11/11/Persuading-the-Prescribers-Pharmaceutical-Industry-Marketing-and-Its-Influence-on-Physicians-and-Patients>. Acesso em: 24 abr. 2026.
48. SIGLER, B. et al. Evidence-based benzodiazepine practice guidelines are needed. *The Journal of Clinical Psychiatry*, [s.l.], v. 85, n. 2, 24lr15306, 2024. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/evidence-based-benzodiazepine-practice-guidelines-are-needed/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
49. SIRIWARDENA, A. N. et al. Why do GPs prescribe psychotropic drugs when they would rather provide alternative psychological interventions? *British Journal of General Practice*, [s.l.], v. 60, n. 573, p. 314–315, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2845485/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
50. WHITAKER, R. The revival of the market for benzodiazepines. *Benzodiazepine Information Coalition*, 2019. Disponível em: <https://www.benzoinfo.com/2019/03/04/the-revival-of-the-market-for-benzodiazepines/>. Acesso em: 24 abr. 2026.
51. WOLOSHIN, S. et al. Promotion of prescription drugs to consumers. *New England Journal of Medicine*, [s.l.], v. 346, n. 7, p. 498–505, 2002. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012075>. Acesso em: 24 abr. 2026.
52. ALOGAILI, F. et al. Prescription drug monitoring programs in the US: a systematic literature review on its strength and weakness. *Journal of Infection and Public Health*, [s.l.], v. 13, n. 10, p. 1456–1461, 2020.
53. AMARA, S. G. et al. Benzos (as) needed: research into as-needed and intermittent benzodiazepines for anxiety is required for comprehensive best prescribing practices. *Frontiers in Psychiatry*, [s.l.], v. 16, 2025.
54. BREUILLÉ, M. et al. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for the discontinuation of long-term benzodiazepine use in insomnia and anxiety

- disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s.l.], v. 18, n. 19, p. 10222, 2021.
55. BRODY, H.; LIGHT, D. W. A ray of sunshine: transparency in physician-industry relationships is not enough. *Journal of General Internal Medicine*, [s.l.], v. 36, n. 10, p. 3197–3200, 2021.
56. COLORADO CONSORTIUM FOR PRESCRIPTION DRUG ABUSE PREVENTION (CORX). *Benzodiazepine deprescribing guidance*. Aurora: CORX, 2020.
57. D'SOUZA, R. S.; LANG, M.; ELDRIGE, J. S. Prescription drug monitoring program. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2024.
58. FARCHIONE, T. J. et al. A review of recent efforts to improve access to effective psychotherapies. *Focus*, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 6–14, 2019.
59. GRUBER, J. et al. A new WHO roadmap for mental health policy reform. *World Psychiatry*, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 168–170, 2024.
60. HEALTH AFFAIRS. *The Physician Payments Sunshine Act*. Washington, DC: Health Affairs, 2014.
61. LEONARD, B. E. et al. Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, [s.l.], 2025.
62. MARRIOTT, S. 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*, [s.l.], v. 70, p. 102507, 2024.
63. OLDENHOF, E. et al. Beyond prescriptions monitoring programs: the importance of having the conversation about benzodiazepine use. *Journal of Clinical Medicine*, [s.l.], v. 8, n. 12, p. 2143, 2019.
64. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Genebra: OMS, 2021.
65. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genebra: OMS, 2022.
66. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Mental health fact sheet*. Genebra: OMS, 2025.
67. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Campanha de redução do estigma em saúde mental: Do your share*. Washington, DC: OPAS, 2022.

68. PÉLISSOLO, A. et al. A narrative review of strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use and methodological recommendations: is a success rate of only one in three patients sufficient? *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, [s.l.], 2025.
69. PENN LDI (Leonard Davis Institute of Health Economics). Prescription drug monitoring programs: evolution and evidence. Philadelphia: Penn LDI, 2023.
70. SIRIWARDENA, A. N. et al. Why do GPs prescribe psychotropic drugs when they would rather provide alternative psychological interventions? *British Journal of General Practice*, [s.l.], v. 60, n. 573, p. 314–315, 2010.
71. SONI, A.; THIYAGARAJAN, A.; REEVE, J. Feasibility and effectiveness of deprescribing benzodiazepines and Z-drugs: systematic review and meta-analysis. *Addiction*, [s.l.], v. 118, n. 1, p. 7–16, 2023.
72. THORNICROFT, G. et al. Population and community platform interventions. In: PATEL, V. et al. (ed.). *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities*. 3. ed. Washington, DC: World Bank, 2016.
73. UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE (GAO). Prescription drug monitoring programs: views on usefulness and challenges of programs. Washington, DC: GAO, 2020.
74. WEISBERG, R. B.; KEARNEY, L. K. Integrating cognitive behavioral therapy into primary care settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 333–348, 2016.
75. YARNS, B. C. et al. Augmenting the efficacy of benzodiazepine taper with telehealth-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in patients using prescription opioids: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, [s.l.], v. 154, 2023.