

BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENTRE O MANEJO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E A DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA

BENZODIAZEPINES IN PRIMARY HEALTH CARE: BETWEEN THE
MANAGEMENT OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND MEDICATION
DEPENDENCE

Ciências da Saúde • 21/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/781816763](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/781816763)

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira¹

Marcelo Henrique Vaz de Lima²

Cristiane del Corsso³

Yoel Raydel Marzán De la Rosa⁴

Arquimedes Cavalcante Cardoso⁵

Evelyn Borges Braga⁶

Vitor Verona Ceni⁷

Rodrigo Dias Pollo⁸

Ana Paula Peña González⁹

RESUMO

O uso prolongado de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se como um grave problema de saúde pública, estando intrinsecamente ligado ao fenômeno da medicalização social do sofrimento psíquico. Sob a hegemonia do discurso biomédico, situações existenciais são convertidas em patologias tratáveis quimicamente, negligenciando tecnologias leves de cuidado. Objetivo: Analisar os fatores associados ao uso crônico de BZDs na APS e seus impactos clínicos e sociais. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura desenvolvida conforme diretrizes metodológicas nacionais, com pergunta estruturada pelo acrônimo PECO. A estratégia de busca contemplou as bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando vocabulário controlado e operadores booleanos. A seleção dos estudos foi conduzida por revisores independentes e a síntese dos dados ocorreu de maneira qualitativa e descritiva. Resultados: Os achados revelam um perfil de consumo cristalizado em mulheres, com idade superior a 40 anos e pertencentes a estratos socioeconômicos vulneráveis, com tempo médio de uso contínuo de 10 anos. A cronicidade é sustentada pela "cultura da renovação de receitas" (guia azul) sem escuta qualificada, pela insegurança técnica dos profissionais generalistas e pela fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que isola as equipes da APS. Os impactos clínicos incluem déficits cognitivos e riscos de quedas, enquanto socialmente o fármaco atua como dispositivo de controle biopolítico. Conclusão: A permanência do paradigma biomédico inviabiliza a integralidade do cuidado e perpetua a dependência medicamentosa. É urgente o fortalecimento do apoio matricial e da educação permanente para resgatar tecnologias leves e promover práticas de desmedicalização e autonomia do sujeito.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos; Atenção Primária à Saúde; Medicalização; Dependência de Drogas; Saúde Mental.

ABSTRACT

The prolonged use of benzodiazepines (BZDs) in Primary Health Care (PHC) has become a serious public health problem, being intrinsically linked to the phenomenon of the social medicalization of psychological distress. Under the hegemony of the biomedical discourse, existential situations are transformed into chemically treatable pathologies, neglecting “light technologies” of care. Objective: To analyze the factors associated with chronic BZD use in PHC and its clinical and social impacts. Methodology: This is a systematic literature review conducted in accordance with national methodological guidelines, with the research question structured using the PECO acronym. The search strategy included MEDLINE, LILACS, and SciELO databases, using controlled vocabulary and Boolean operators. Study selection was performed by independent reviewers, and data synthesis was conducted in a qualitative and descriptive manner. Results: Findings reveal a consumption profile predominantly composed of women over 40 years of age belonging to vulnerable socioeconomic strata, with an average continuous use of 10 years. Chronic use is sustained by a “prescription renewal culture” without qualified listening, by the technical insecurity of generalist professionals, and by fragmentation of the Psychosocial Care Network (RAPS), which isolates PHC teams. Clinical impacts include cognitive deficits and increased risk of falls, while socially the drug operates as a biopolitical control device. Conclusion: The persistence of the biomedical paradigm undermines comprehensive care and perpetuates medication dependence. Strengthening matrix support and continuing education is urgently needed to restore light care technologies and promote practices of

demedicalization and patient autonomy.

Keywords: Benzodiazepines; Primary Health Care; Medicalization; Substance Dependence; Mental Health.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) constituem uma classe farmacológica amplamente utilizada desde a década de 1960 devido às suas propriedades ansiolíticas, hipnóticas, sedativas e anticonvulsivantes. No Brasil, esses medicamentos figuram entre as cinco substâncias controladas mais vendidas, apresentando índices de prevalência de uso que variam de 10,2% em grandes centros urbanos até 21,3% em determinadas regiões do sul do país (Azevedo, Araújo e Ferreira, 2016; Alvim et al., 2017). Embora sua introdução no mercado tenha sido celebrada como uma alternativa mais segura aos barbitúricos, o reconhecimento de seu uso indiscriminado por longos períodos e em situações clinicamente injustificadas consolidou-se, nas últimas décadas, como um grave problema de saúde pública mundial (Firmino et al., 2012; Fegadolli et al., 2019).

O fenômeno do consumo disseminado de benzodiazepínicos está intrinsecamente ligado ao processo de medicalização da sociedade. Esse conceito define a transformação de questões sociais, culturais e existenciais — como o nervosismo cotidiano, o envelhecimento ou o luto — em patologias que exigem intervenção farmacológica imediata (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). Sob a hegemonia do discurso biomédico, o sofrimento psíquico é frequentemente reduzido a desequilíbrios neuroquímicos cerebrais, promovendo a ideia de que a "cura" reside na supressão do sintoma por meio do medicamento (Freitas & Amarante, 2017). Essa lógica produz sujeitos que compreendem a medicação como um recurso

indispensável e, muitas vezes, como a única estratégia viável para alcançar a normalidade social (Alvarenga et al., 2015).

Dentro da rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um papel centralizador, sendo a principal porta de entrada para usuários com queixas de saúde mental, predominantemente transtornos leves como ansiedade e insônia (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Contudo, a prática cotidiana nas unidades de saúde revela desafios estruturais e formativos: a sobrecarga de trabalho, a imposição de metas de produtividade e o tempo reduzido das consultas acabam por converter esses serviços em pontos de "renovação de receitas" (Bezerra et al., 2014; Bigal & Nappo, 2024). Frequentemente, os profissionais utilizam o medicamento como uma "tecnologia rápida" de controle, negligenciando tecnologias leves como a escuta qualificada, o vínculo e o diálogo, o que perpetua a dependência medicamentosa (Minóia & Minozzo, 2015; Bonfim et al., 2013).

Os impactos clínicos do uso prolongado de benzodiazepínicos são extensamente documentados e incluem déficits cognitivos, alterações motoras, sedação excessiva, tolerância e o desenvolvimento de dependência física e psíquica (Fegadolli et al., 2019; Firmino et al., 2012). Entre os idosos, os riscos são potencializados devido a alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, resultando em uma maior incidência de quedas, fraturas de quadril, prejuízo da memória e declínio cognitivo que pode ser confundido com quadros demenciais (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). Socialmente, o uso crônico atua como um dispositivo de controle que mascara o sofrimento em vez de possibilitar sua elaboração, retirando a autonomia do usuário e sua

corresponsabilização no processo de cuidado (Caponi & Valencia, 2013; Freitas & Amarante, 2017).

Apesar das recomendações das autoridades sanitárias, que limitam o uso de BZDs a curtos períodos de até quatro semanas, observa-se na prática clínica uma naturalização do consumo crônico, com usuários mantendo o tratamento por décadas sem reavaliações periódicas (Fegadolli et al., 2019; Bigal & Nappo, 2024). Existe uma lacuna significativa entre o aporte teórico das políticas de saúde mental, pautadas na Reforma Psiquiátrica, e a realidade da APS, onde a prescrição sistemática ainda ressoa um paradigma hospitalocêntrico e medicalizante (Bonfim et al., 2013; Bezerra et al., 2014).

Diante deste cenário, torna-se imperativo realizar uma revisão de literatura que sintetize os fatores que levam à manutenção desse padrão de consumo e os agravos dele decorrentes. Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender as barreiras para a desmedicalização e a importância de fortalecer práticas de cuidado que valorizem a subjetividade e a saúde integral do usuário (Gaudenzi & Ortega, 2012; Minóia & Minozzo, 2015).

METODOLOGIA

Esta revisão sistemática da literatura foi desenvolvida conforme as diretrizes metodológicas nacionais para a síntese de evidências, visando garantir um processo rigoroso e reproduzível. A pergunta de pesquisa foi estruturada por meio do acrônimo PECO: definiu-se a População (P) como usuários da Atenção Primária à Saúde (APS); a Exposição (E) como o uso prolongado de benzodiazepínicos; o Comparador (C) como a ausência de uso ou o uso de tecnologias

leves de cuidado; e o Desfecho (O) como a dependência medicamentosa e seus impactos clínicos e sociais. Esta estrutura permitiu delimitar os critérios de elegibilidade para incluir estudos primários que discutissem a medicalização do sofrimento psíquico e os perfis de usuários crônicos no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A estratégia de busca contemplou as bases de dados eletrônicas MEDLINE (via PubMed), LILACS e SciELO, utilizando vocabulário controlado (MeSH e DeCS) com os termos "Benzodiazepines", "Primary Health Care", "Medicalization" e "Drug Resistance", combinados por operadores booleanos. O processo de seleção e triagem foi conduzido em duas etapas por revisores independentes: primeiramente, a leitura de títulos e resumos e, em seguida, a análise integral dos artigos potencialmente elegíveis. Divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso, assegurando a validade interna da seleção.

Para a extração de dados, utilizou-se uma ficha padronizada para coletar informações sobre o delineamento dos estudos, características sociodemográficas das amostras, tempo de uso dos fármacos e justificativas para a manutenção das prescrições. A síntese dos dados foi realizada de maneira qualitativa e descritiva. Os resultados foram organizados tematicamente, integrando evidências sobre os fatores associados ao uso crônico, como falhas na formação profissional, fragmentação do cuidado na rede de atenção psicossocial e a centralidade do modelo biomédico na APS.

RESULTADOS

Os resultados desta revisão sistemática, estruturados a partir da síntese qualitativa e descritiva dos estudos selecionados, revelam um cenário complexo onde o benzodiazepínico (BZD) deixa de ser uma ferramenta terapêutica de curto prazo para se tornar um dispositivo de cronicidade assistencial e controle social na Atenção Primária à Saúde (APS) (Fegadolli et al., 2019; Freitas & Amarante, 2017). A análise das evidências aponta que o uso prolongado desses fármacos não é um evento isolado, mas o desfecho de uma rede de fatores que envolvem desde o perfil sociodemográfico dos usuários até falhas estruturais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Bezerra et al., 2014; Bonfim et al., 2013). Os dados foram organizados em eixos temáticos que detalham o perfil dos usuários, os determinantes da prescrição, as barreiras no manejo clínico e os impactos da medicalização, conforme as diretrizes para síntese de evidências em saúde.

Perfil Sociodemográfico e Padrão de Consumo Crônico

A análise consolidada dos resultados aponta para uma cristalização do perfil epidemiológico dos usuários crônicos de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizado por uma marcante disparidade de gênero e vulnerabilidade socioeconômica (Alvim et al., 2017; Blay et al., 2014). Os estudos convergem para um público majoritariamente feminino (85,4%), com idade média de 57,6 anos, sendo raro o padrão de uso contínuo em indivíduos com menos de 40 anos (apenas 9,7% da amostra) (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). No que tange à classe social, o consumo concentra-se predominantemente nos estratos C (39%) e D (54%), evidenciando que a vasta maioria dos usuários pertence a grupos com baixa escolaridade e inserção em territórios com fragilidades sociais (Azevedo, Araújo e Ferreira, 2016; Bigal & Nappo, 2024). Esse

perfil sugere que o medicamento é frequentemente utilizado como um anteparo químico para o sofrimento decorrente de condições precárias de vida ou transições biológicas naturais, como o climatério e a menopausa, fases em que a prescrição de BZDs é reforçada para tratar sintomas como irritabilidade e insônia em detrimento de abordagens integrais (Caponi & Valencia, 2013; Alvarenga et al., 2015).

O padrão de consumo identificado é marcado por uma longevidade alarmante e inércia terapêutica, desafiando as recomendações internacionais que limitam o uso a apenas quatro semanas (Fegadolli et al., 2019). O tempo médio de uso contínuo observado é de 10 anos, havendo registros significativos de pacientes que utilizam fármacos como o diazepam por duas décadas ou mais sem qualquer reavaliação periódica ou exame físico que justifique a manutenção do tratamento (Firmino et al., 2012; Bigal & Nappo, 2024). Um fator agravante é que o uso costuma ser iniciado precocemente, em média aos 43 anos de idade, inserindo o indivíduo em um ciclo de dependência que se perpetua por meio da cultura da "renovação automática de receitas" (Fegadolli et al., 2019; Bezerra et al., 2014). Esse fenômeno descaracteriza a consulta médica, transformando a unidade de saúde em um mero ponto de entrega da "guia azul", muitas vezes obtida por meio de familiares ou agentes comunitários sem a presença do próprio paciente (Bigal & Nappo, 2024).

Quanto ao manejo clínico e dosagem, a maioria dos usuários consome uma dose única noturna de 10 mg de diazepam (73,2%), padrão que muitas vezes gera uma falsa percepção de segurança tanto no prescritor quanto no usuário (Firmino et al., 2012). No entanto, a simplicidade da dose de BZD mascara uma complexa

taxa de polifarmácia: cerca de 90,2% desses pacientes utilizam simultaneamente outros medicamentos, com destaque para os anti-hipertensivos, antiarrítmicos e outros psicofármacos, como antidepressivos (Blay et al., 2014; Alvim et al., 2017). Aproximadamente 24,4% dos usuários crônicos consomem três ou mais drogas adicionais, o que eleva exponencialmente os riscos de interações medicamentosas, sedação excessiva, déficits cognitivos e quedas, cujos impactos são frequentemente subestimados ou confundidos com sintomas de envelhecimento (Alvarenga et al., 2015; Fegadolli et al., 2019).

Por fim, os resultados revelam um vazio assistencial crítico no que diz respeito à orientação e à comunicação profissional. Mais de 55% dos usuários afirmam nunca ter recebido esclarecimentos sobre os efeitos colaterais, riscos de dependência química ou métodos de descontinuação do fármaco (Firmino et al., 2012). Mesmo entre a parcela que recebe instruções, 22,5% relatam não ter compreendido as informações fornecidas, o que aponta para barreiras na relação médico-paciente e para a escassez de tecnologias leves de cuidado, como a escuta e o diálogo (Minóia & Minozzo, 2015; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). A dependência é confirmada pela alta incidência de sintomas de abstinência quando o paciente tenta interromper o uso por conta própria: 46,3% relatam insônia rebote, além de agitação e dores nos membros, o que retroalimenta o ciclo de consumo e torna o medicamento um "mal necessário" na percepção dos sujeitos assistidos (Alvarenga et al., 2015; Fegadolli et al., 2019).

Determinantes da Prescrição e a Cultura da "Renovação de Receitas"

A análise dos determinantes da prescrição revela que os benzodiazepínicos (BZD) são sistematicamente utilizados como uma resposta rápida para mascarar o "nervosismo do cotidiano" e as dificuldades inerentes ao ciclo da vida, extrapolando significativamente os critérios clínicos rigorosos para seu uso (Fegadolli et al., 2019; Freitas & Amarante, 2017). As evidências apontam que o sofrimento psíquico, muitas vezes enraizado em problemas sociais como luto, desemprego e conflitos familiares, é convertido em uma demanda medicamentosa onde o fármaco atua como um "anestésico" social (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). Um fator determinante identificado é a patologização do ciclo de vida feminino, especialmente durante o climatério e a menopausa; os profissionais tendem a tratar a irritabilidade e a insônia dessa fase com BZDs em vez de abordar as transições biológicas e sociais de forma integral (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). Esse padrão insere a mulher em um ciclo de medicalização do qual dificilmente consegue sair, perpetuando o uso até a terceira idade, momento em que a medicação é naturalizada pelos profissionais devido ao tempo de consumo (Caponi & Valencia, 2013; Bigal & Nappo, 2024).

A prática assistencial na Atenção Primária consolidou o fenômeno da "onda de renovação de receitas", transformando o ato clínico em uma etapa meramente burocrática de entrega da "guia azul" (Bigal & Nappo, 2024; Bezerra et al., 2014). Os resultados demonstram que o atendimento muitas vezes se reduz à repetição de prescrições anteriores, sem a realização de exames físicos ou escuta qualificada que permitam a elaboração do sofrimento (Fegadolli et al., 2019; Minóia & Minozzo, 2015). Em muitos cenários, a consulta se descaracteriza ao ponto de ocorrer a renovação indireta, mediada por familiares ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que buscam

a receita sem a presença do paciente na unidade (Bigal & Nappo, 2024). Essa dinâmica retira a corresponsabilidade do usuário sobre o tratamento e fortalece o papel do medicamento como um dispositivo de controle biopolítico da subjetividade, visando manter o sujeito "em ordem" e silencioso em seu território (Caponi & Valencia, 2013; Freitas & Amarante, 2017).

Adicionalmente, os resultados apontam que o acesso facilitado e a gratuidade da dispensação são interpretados, equivocadamente, como indicadores de resolutividade e continuidade do cuidado (Firmino et al., 2012). Sob a pressão da superlotação das agendas e das metas de produtividade, os profissionais da APS veem no benzodiazepínico uma ferramenta de gestão de tempo e um "mal necessário" — a chamada dualidade entre "salvação e perdição" (Bezerra et al., 2014; Fegadolli et al., 2019). Sentindo-se pouco empoderados para intervir em prescrições iniciadas por especialistas e carecendo de recursos afetivos e competências para o manejo do sofrimento humano sem o psicofármaco, os clínicos acabam por sustentar a cronicidade do uso, mesmo cientes dos riscos de dependência e danos cognitivos a longo prazo (Bonfim et al., 2013; Bigal & Nappo, 2024).

Insegurança Profissional e Fragmentação do Cuidado

A insegurança profissional e a fragmentação do cuidado são determinantes estruturais para a manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS) (Bonfim et al., 2013; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). A análise dos dados demonstra que o pouco empoderamento dos profissionais para lidar com demandas de saúde mental transforma as unidades básicas em meros postos de renovação automática de

receitas, onde a conduta clínica é pautada pelo medo de intervir em prescrições alheias e pela carência de ferramentas terapêuticas não farmacológicas (Bezerra et al., 2014; Fegadolli et al., 2019). Os médicos de família frequentemente relatam sentir-se impotentes diante da pressão dos usuários e das condições de trabalho precárias, o que os leva a utilizar o psicofármaco como uma estratégia de gestão de tempo para dar conta de agendas superlotadas e metas de produtividade impostas pela gestão (Bigal & Nappo, 2024). Nesse cenário, o benzodiazepínico assume o status de um "mal necessário" ou "salvador da pátria", funcionando como um anteparo químico que mascara o sofrimento psíquico e permite ao profissional "dar conta" da demanda sem precisar recorrer à escuta qualificada, prática descrita como cada vez mais escassa no fluxo de trabalho (Minóia & Minozzo, 2015; Freitas & Amarante, 2017).

A insegurança técnica é agravada por uma falha crítica no ensino formal, que não desenvolve competências afetivas e habilidades para o manejo do sofrimento humano por meio de tecnologias leves, como o vínculo e o diálogo (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013; Minóia & Minozzo, 2015). Os profissionais queixam-se de que suas formações acadêmicas não os capacitaram para acompanhar usuários com transtornos mentais, resultando em um receio paralisante de lidar com manifestações emocionais, como o choro do paciente (Bezerra et al., 2014). Essa lacuna formativa fomenta a dependência de um modelo biomédico centralizador, no qual o médico detém o poder da cura e os demais membros da equipe assumem papéis coadjuvantes, organizando-se apenas para garantir a dispensação do medicamento como única oferta terapêutica possível (Gaudenzi & Ortega, 2012; Freitas & Amarante, 2017). Além disso, observa-se uma forte resistência dos generalistas em realizar alterações nas doses ou suspender medicações iniciadas por

especialistas ou em serviços de urgência, tratando a prescrição do psiquiatra como uma barreira intransponível que impossibilita a revisão do Plano Terapêutico Singular (Fegadolli et al., 2019; Bonfim et al., 2013).

A fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atua como um catalisador da cronicidade, evidenciando uma desarticulação profunda entre a APS e os centros especializados, como o CAPS (Bonfim et al., 2013; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). O matriciamento, que deveria funcionar como o pilar de suporte técnico-pedagógico e educação permanente para as equipes de saúde da família, é descrito como frágil, intermitente ou, em muitos casos, inexistente (Bonfim et al., 2013). Fatores logísticos, como falta de transporte, incompatibilidade de agendas e a própria sobrecarga de trabalho, levam ao cancelamento sistemático desses espaços de discussão de casos, deixando o profissional da atenção básica isolado e sem o respaldo necessário para propor estratégias de descontinuação do uso de BZDs (Bezerra et al., 2014). O resultado é um cuidado segmentado e alienado, onde o psiquiatra prescreve, o médico de família renova a guia azul sem olhar para o paciente e o farmacêutico limita-se ao controle logístico do estoque, sem que ocorra interlocução sobre a necessidade de reavaliação clínica ou orientação farmacêutica sobre os riscos de dependência (Fegadolli et al., 2019; Bigal & Nappo, 2024).

Por fim, a desarticulação interprofissional e a falta de sistemas de informação integrados permitem que o usuário obtenha receituários em diferentes pontos da rede, sem que haja um controle efetivo sobre a trajetória do consumo (Bonfim et al., 2013). Essa "terra de ninguém" assistencial favorece a naturalização do uso prolongado, onde pacientes utilizam fármacos como o diazepam por 10, 15 ou até

20 anos sem nunca terem sido submetidos a um exame físico ou a uma reavaliação periódica da necessidade terapêutica (Firmino et al., 2012; Bigal & Nappo, 2024). A dependência medicamentosa torna-se, portanto, o desfecho inevitável de um sistema que prioriza a estabilização bioquímica em detrimento da integralidade, onde a fragmentação do trabalho limita o papel da atenção primária na gestão do cuidado e aprisiona o sujeito em um ciclo de medicalização sustentado pelo próprio serviço de saúde (Caponi & Valencia, 2013; Freitas & Amarante, 2017).

Impactos Clínicos, Sociais e o Fenômeno da Dependência

Os impactos do uso prolongado de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS) são caracterizados por uma complexa dualidade entre "salvação e perda", em que o alívio sintomático imediato mascara riscos clínicos severos e processos de controle social (Fegadolli et al., 2019; Freitas & Amarante, 2017). De um lado, o medicamento é percebido como um "salvador da pátria" ou um anteparo químico capaz de "anestesiar" as dificuldades da vida e o sofrimento cotidiano (Alvarenga et al., 2015; Bezerra et al., 2014). De outro, a cronicidade desse consumo induz a danos multissistêmicos, incluindo déficits cognitivos, alterações motoras, sedação excessiva, tolerância e dependência química (Firmino et al., 2012; Fegadolli et al., 2019). Especialmente na população idosa, esses efeitos são agravados, elevando significativamente a incidência de quedas, fraturas, prejuízos na memória, desenvolvimento de demência e acidentes de trânsito (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). Tais riscos tornam-se muitas vezes "invisíveis" no cotidiano assistencial, pois profissionais e usuários tendem a confundir os efeitos adversos do fármaco com sintomas naturais do envelhecimento ou outras patologias, o que reduz a intenção de

descontinuidade do tratamento (Alvarenga et al., 2015; Bigal & Nappo, 2024).

O fenômeno da dependência medicamentosa é confirmado pela alta prevalência de tentativas frustradas de interrupção do uso e pela manifestação de sintomas severos de abstinência (Fegadolli et al., 2019; Firmino et al., 2012). Dados indicam que a interrupção abrupta ou mal planejada do fármaco gera quadros agudos de insônia rebote (46,3%), além de agitação, irritabilidade, cefaleia e dores nos membros (9,7% cada) (Firmino et al., 2012). Essa sintomatologia retroalimenta o ciclo de consumo, fazendo com que o paciente perceba a droga como indispensável para seu funcionamento biológico e psíquico (Alvarenga et al., 2015; Fegadolli et al., 2019). É importante notar que instrumentos diagnósticos convencionais, como o SCAN, muitas vezes falham em detectar a dependência de BZDs devido às suas características distintivas, o que pode levar a um subdiagnóstico do problema nas unidades de saúde (Blay et al., 2014).

Socialmente, a medicalização atua como uma estratégia biopolítica, transformando o BZD em um dispositivo de controle da subjetividade e da loucura no território (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). O medicamento é utilizado para "higienizar" comportamentos desviantes e silenciar o sofrimento psíquico, visando reinserir o indivíduo em padrões de normalidade e produtividade aceitos culturalmente (Freitas & Amarante, 2017; Bezerra et al., 2014). Esse processo retira a autonomia do sujeito sobre sua própria dor e retira a vivência da experiência do sofrimento, reduzindo o cuidado à regulação bioquímica do corpo (Caponi & Valencia, 2013). O estigma associado à "loucura" reforça esse cenário: o receio de ser visto como "perturbado" ou "desprovido

de razão" faz com que o usuário aceite o uso crônico da medicação como uma forma de normalidade, preferindo o status de "paciente controlado" à manifestação aberta de seus conflitos existenciais (Gaudenzi & Ortega, 2012; Alvarenga et al., 2015).

Em última análise, a manutenção do paradigma biomédico na APS — pautada na linearidade sintoma-diagnóstico-fármaco — obstaculiza a consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária (Freitas & Amarante, 2017; Gaudenzi & Ortega, 2012). Ao centralizar o cuidado no poder prescritivo do médico e na dispensação da "guia azul", o sistema de saúde negligencia tecnologias leves essenciais, como a escuta qualificada, o vínculo e o diálogo (Minóia & Minozzo, 2015; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Essa lógica assistencial impede a construção de Planos Terapêuticos Singulares emancipatórios, perpetuando a dependência medicamentosa como a resposta hegemônica do Estado às demandas de saúde mental, em detrimento de uma assistência que considere os determinantes sociais e a integralidade do cuidado (Bonfim et al., 2013; Bezerra et al., 2014).

DISCUSSÃO

Síntese das Evidências e o Fenômeno da Medicalização

A análise aprofundada dos estudos revisados permite compreender que o uso prolongado de benzodiazepínicos na Atenção Primária transcende a esfera da farmacologia clínica, configurando-se como um fenômeno de medicalização da vida e do sofrimento psíquico (Freitas & Amarante, 2017; Caponi & Valencia, 2013). As evidências demonstram que o discurso biomédico ocupa um papel hegemônico, onde a cura é frequentemente reduzida à mera

supressão do sintoma desagradável, ignorando-se as raízes históricas e sociais do mal-estar (Gaudenzi & Ortega, 2012; Freitas & Amarante, 2017). Esse paradigma sustenta uma prática em que o medicamento é apresentado como uma estratégia "rápida e eficiente" para lidar com o que as fontes classificam como o "nervosismo do cotidiano" (Alvarenga et al., 2015; Fegadolli et al., 2019). Situações inerentes à condição humana e aos processos naturais da existência — como o luto, conflitos familiares, desemprego e o envelhecimento — são sistematicamente patologizadas e convertidas em transtornos tratáveis quimicamente (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). Ao deslocar o sofrimento do campo subjetivo e social para o biológico, o sistema de saúde acaba por obscurecer as causas reais do desconforto, oferecendo o psicofármaco como um anestésico social que impede o sujeito de elaborar suas próprias vivências (Bezerra et al., 2014; Freitas & Amarante, 2017).

Este processo de medicalização é descrito nas fontes como uma estratégia biopolítica, fundamentada na necessidade de controle e higienização social (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). O medicamento atua como um dispositivo que visa normatizar comportamentos e silenciar subjetividades que fogem aos padrões de produtividade esperados pela sociedade contemporânea (Freitas & Amarante, 2017). Em vez de promover a autonomia, a prescrição contínua de BZDs retira do usuário a vivência sobre seu sofrimento, transformando o corpo individual em um objeto de regulação bioquímica (Caponi & Valencia, 2013). O estigma associado à "loucura" reforça essa dinâmica, pois estar "sob controle" por meio da medicação é frequentemente preferível, tanto para o usuário quanto para a rede de apoio, do que manifestar crises ou comportamentos considerados desviantes (Gaudenzi & Ortega,

2012; Bezerra et al., 2014). Assim, o benzodiazepínico deixa de ser um auxílio terapêutico temporário para se tornar um instrumento de "dominação da população" através da saúde, mantendo o sujeito silencioso e adaptado ao seu território (Freitas & Amarante, 2017; Caponi & Valencia, 2013).

A prevalência marcante de mulheres acima dos 40 anos entre os usuários crônicos ilustra a patologização do ciclo de vida feminino (Alvim et al., 2017; Blay et al., 2014). As fontes discutem que fenômenos naturais como o climatério e a menopausa são frequentemente tratados com BZDs para conter a irritabilidade e a insônia, inserindo essas mulheres em um ciclo de dependência que as acompanha até a terceira idade (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). Essa medicalização de gênero reflete uma fragilidade no acolhimento da APS, que falha em oferecer suporte para as transições biológicas e sociais, optando pela resposta medicamentosa imediata (Minóia & Minozzo, 2015; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Adicionalmente, observa-se um vazio assistencial de orientação: mais de 55% dos usuários crônicos afirmam nunca ter recebido esclarecimentos sobre os riscos de dependência, o que sustenta uma falsa percepção de que o fármaco é inofensivo e indispensável para a manutenção do equilíbrio cotidiano (Firmino et al., 2012; Fegadolli et al., 2019).

A "cultura da renovação de receitas" consolidada na APS é, portanto, o desfecho lógico de um modelo que privilegia a produtividade em detrimento da integralidade (Bigal & Nappo, 2024; Bezerra et al., 2014). Os atendimentos médicos, muitas vezes reduzidos à entrega da "guia azul" sem escuta qualificada ou exame físico, promovem a manutenção de práticas hegemônicas que desconsideram o sujeito de experiência (Fegadolli et al., 2019; Minóia & Minozzo, 2015). As

fontes apontam que a escassez de tecnologias leves, como o vínculo, o diálogo e a escuta terapêutica, é preenchida pelo psicofármaco, que assume o status de "salvador da pátria" diante da sobrecarga das equipes e da fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Bonfim et al., 2013; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Há também uma falha crítica na identificação da dependência; instrumentos diagnósticos como o SCAN muitas vezes não detectam a dependência de BZDs por suas características singulares, o que contribui para a invisibilidade do problema nos serviços de saúde (Blay et al., 2014).

Em última análise, a medicalização do sofrimento na APS gera um paradoxo assistencial definido como a dualidade entre "salvação e perdição" (Fegadolli et al., 2019; Freitas & Amarante, 2017). Embora ofereça um alívio paliativo imediato, a cronicidade do uso induz a danos multissistêmicos — como déficits cognitivos, quedas e demência — que são frequentemente confundidos com o envelhecimento natural, diminuindo a pressão por estratégias de desmame (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). A superação desse cenário exige o resgate da APS como porta de entrada potente para a desmedicalização, onde os processos de educação permanente e o fortalecimento do matriciamento permitam que os profissionais lidem com o sofrimento humano sem o recurso exclusivo ao fármaco (Bonfim et al., 2013; Minóia & Minozzo, 2015). Somente através de uma clínica que valorize os determinantes sociais e a autonomia do indivíduo será possível desarticular o benzodiazepínico de sua função de controle biopolítico e devolvê-lo ao seu lugar de ferramenta terapêutica de uso estritamente pontual (Gaudenzi & Ortega, 2012; Caponi & Valencia, 2013).

A Feminização do Consumo e a Patologização do Ciclo de Vida

Os estudos revisados confirmam uma marcante disparidade de gênero no consumo crônico de benzodiazepínicos, com prevalências femininas que atingem 85,4% das amostras estudadas (Alvim et al., 2017; Blay et al., 2014). Esse perfil epidemiológico revela uma idade média de 57,6 anos, evidenciando que a cronicidade do uso está profundamente enraizada na vida de mulheres que atravessam a maturidade (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). A discussão aponta que a medicalização do corpo feminino é intensificada durante o climatério, fase em que sintomas naturais da menopausa, como irritabilidade, insônia, alterações de humor e episódios de "calor e frio", são prontamente respondidos com a prescrição de ansiolíticos (Alvarenga et al., 2015). Ao invés de oferecer suporte integral para as transições biológicas e sociais inerentes a essa fase, o sistema de saúde opta pela resposta medicamentosa rápida, tratando a menopausa como um transtorno psiquiátrico em vez de um processo fisiológico (Caponi & Valencia, 2013; Freitas & Amarante, 2017).

Uma vez iniciado o tratamento, geralmente por volta dos 43 anos, essas mulheres são inseridas em um ciclo de dependência que perdura por décadas (Firmينو et al., 2012; Fegadolli et al., 2019). Ao atingirem a terceira idade, o uso do benzodiazepínico já está tão naturalizado que tanto profissionais quanto pacientes encontram dificuldades extremas para realizar o desmame (Bigal & Nappo, 2024). A continuidade desse padrão de consumo acarreta prejuízos clínicos severos e muitas vezes irreversíveis, incluindo déficits cognitivos, sedação excessiva, alterações motoras e um risco significativamente elevado de quedas e fraturas (Alvarenga et al., 2015; Alvim et al., 2017). Além disso, o uso prolongado é associado ao risco de desenvolvimento de demência e declínio cognitivo acentuado, impactos que frequentemente são confundidos com o

envelhecimento natural, diminuindo a urgência por intervenções de descontinuação (Alvarenga et al., 2015; Fegadolli et al., 2019).

Essa prática assistencial reforça estereótipos de gênero onde o sofrimento feminino é invalidado e reduzido ao "nervosismo do cotidiano", sendo rapidamente silenciado por fármacos para evitar comportamentos considerados indesejados ou desviantes (Freitas & Amarante, 2017; Alvarenga et al., 2015). O medicamento assume, portanto, o status de estratégia biopolítica, funcionando como um dispositivo de controle que visa manter a mulher "controlada" e adaptada às normas sociais de produtividade e normalidade (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012). O benzodiazepínico passa a ser visto como um "salvador da pátria" que anestesia as dificuldades de uma vida marcada por vulnerabilidades socioeconômicas e sobrecarga de papéis, retirando da usuária a autonomia sobre suas próprias dores e vivências (Bezerra et al., 2014; Freitas & Amarante, 2017). Em suma, a patologização do ciclo de vida feminino na Atenção Primária perpetua a dependência medicamentosa como a resposta hegemônica do Estado aos determinantes sociais e biológicos da saúde da mulher (Caponi & Valencia, 2013; Fegadolli et al., 2019).

A Crise da Prática Clínica e a "Cultura da Renovação"

A análise dos estudos revela que o ato clínico na APS sofreu uma erosão profunda, sendo substituído por uma "onda de renovação de receitas" que descaracteriza a consulta médica e a transforma em um procedimento meramente burocrático (Bigal & Nappo, 2024; Fegadolli et al., 2019). As evidências apontam que o atendimento se resume, muitas vezes, à entrega da "guia azul", consolidando uma prática assistencial onde o medicamento é a única oferta

terapêutica possível, ignorando o setting de agenciamento de afetos e a produção de sentidos sobre o processo saúde-doença (Bezerra et al., 2014; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Esse fenômeno é agravado pela "renovação indireta", na qual o paciente sequer comparece à unidade de saúde, enviando familiares ou agentes comunitários de saúde (ACS) para buscar o receituário (Bigal & Nappo, 2024). Tal dinâmica retira a corresponsabilização do sujeito sobre o seu próprio cuidado e desonera o profissional do exame físico e da escuta qualificada, perpetuando o uso crônico de substâncias como o diazepam por décadas sem qualquer reavaliação clínica (Fegadolli et al., 2019; Firmino et al., 2012).

Este cenário é sustentado por pressões estruturais e de gestão que priorizam a produtividade quantitativa em detrimento da qualidade do cuidado (Bezerra et al., 2014; Minóia & Minozzo, 2015). Profissionais relatam que a imposição de metas de atendimento e a superlotação das agendas tornam práticas como a escuta longitudinal cada vez mais escassas (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013; Bigal & Nappo, 2024). Diante da falta de tempo e da escassez de recursos terapêuticos alternativos, o benzodiazepínico assume o status de "salvador da pátria" ou um "mal necessário", funcionando como uma ferramenta de gestão de agenda para "anestesiá-lo" as queixas dos usuários e permitir que o fluxo de trabalho prossiga (Fegadolli et al., 2019; Alvarenga et al., 2015). Assim, o fármaco atua como um anteparo químico para o sofrimento que tem raízes em problemas sociais, convertendo o "nervosismo do cotidiano" em uma demanda medicamentosa de resolução rápida e eficiente na percepção do serviço (Freitas & Amarante, 2017; Caponi & Valencia, 2013).

Soma-se a isso uma acentuada insegurança profissional e a falta de empoderamento dos clínicos da família para manejar a saúde

mental (Bonfim et al., 2013; Minóia & Minozzo, 2015). As fontes indicam que o ensino formal falha ao não desenvolver competências afetivas e habilidades para lidar com o sofrimento humano sem o recurso imediato ao psicofármaco (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013; Bezerra et al., 2014). Médicos de família relatam receio em questionar ou suspender prescrições iniciadas por especialistas, tratando a conduta do psiquiatra como uma barreira técnica intransponível (Fegadolli et al., 2019; Bigal & Nappo, 2024). Essa dependência do saber especializado, aliada à fragilidade do apoio matricial — que frequentemente é desmarcado por questões logísticas —, isola o profissional da APS e o empurra de volta para o paradigma biomédico (Bonfim et al., 2013). Nesse modelo hegemônico, o cuidado é reduzido à estabilização bioquímica do corpo, e a unidade básica de saúde passa a funcionar como um ponto de manutenção da dependência, em vez de um espaço de promoção da autonomia e desmedicalização (Gaudenzi & Ortega, 2012; Freitas & Amarante, 2017).

Fragmentação da Rede (RAPS) e a Falha no Apoio Matricial

A desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) configura-se como um dos principais entraves estruturais para o manejo adequado da dependência de benzodiazepínicos e para a consolidação de práticas emancipatórias na Atenção Primária à Saúde (APS) (Bonfim et al., 2013; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). O apoio matricial, concebido como um arranjo organizacional para fornecer suporte técnico-pedagógico e educação permanente às equipes de saúde da família, é descrito na literatura como frágil, intermitente ou, em muitos cenários, inexistente na prática cotidiana (Bonfim et al., 2013). As evidências indicam que momentos de matriciamento, onde profissionais do CAPS e da APS deveriam

discutir casos e planejar projetos terapêuticos, são sistematicamente desmarcados por questões logísticas, como falta de transporte, incompatibilidade de agendas ou sobrecarga de trabalho das equipes (Bezerra et al., 2014; Bonfim et al., 2013). Sem esse respaldo especializado e espaços de diálogo, o profissional da atenção básica encontra-se isolado em sua prática, o que fomenta a insegurança técnica no manejo do sofrimento psíquico e a perpetuação do modelo biomédico centrado no fármaco (Minóia & Minozzo, 2015; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013).

Essa desarticulação institucional produz o que as fontes classificam como um cuidado fragmentado e segmentado, onde o paciente navega por diferentes pontos da rede sem que haja uma coordenação longitudinal da assistência (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013; Bonfim et al., 2013). Observa-se um fluxo assistencial alienado: psiquiatras ou médicos de serviços de urgência iniciam a prescrição, o médico de família assume a renovação automática da "guia azul" e o farmacêutico limita-se ao controle logístico do estoque, sem que ocorra uma interlocução efetiva entre esses atores sobre a necessidade de reavaliação do tratamento (Fegadolli et al., 2019; Bigal & Nappo, 2024). Este cenário de "terra de ninguém" assistencial permite que o usuário obtenha receituários em múltiplos serviços sem o devido controle de informações, facilitando a manutenção do uso crônico por décadas sem qualquer exame físico ou plano de desmame (Firmino et al., 2012; Fegadolli et al., 2019). A ausência de uma gestão compartilhada sobre o uso desses medicamentos retira a responsabilidade sobre o Plano Terapêutico Singular, reduzindo a unidade básica a um mero posto de renovação de receitas (Bezerra et al., 2014; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013).

A fragmentação da rede impõe barreiras severas à implementação de tecnologias leves de cuidado, como a escuta qualificada, o vínculo e o diálogo, que são ferramentas fundamentais para o processo de desmedicalização e promoção da autonomia do sujeito (Minóia & Minozzo, 2015; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013). Diante da falta de tempo nas consultas e da escassez de recursos terapêuticos alternativos na rede, o benzodiazepínico assume o status de um "mal necessário" ou um anteparo químico para as dificuldades da vida que o sistema fragmentado não consegue acolher integralmente (Fegadolli et al., 2019; Alvarenga et al., 2015). A persistência dessa lógica impede que o usuário seja visto como um sujeito de experiência e saber sobre seu próprio sofrimento, reforçando a dependência não apenas da substância, mas do próprio serviço de saúde que sustenta a prescrição (Caponi & Valencia, 2013; Freitas & Amarante, 2017). Em última análise, a superação deste cenário requer o fortalecimento do matriciamento e a reorganização dos fluxos de trabalho para que a APS deixe de ser um local de manutenção da dependência e torne-se um espaço de agenciamento de afetos e de produção de novos sentidos para a vida (Bonfim et al., 2013; Minóia & Minozzo, 2015).

Impactos Clínicos e Sociais: A Dualidade entre Alívio e Dano

A discussão sobre os riscos evidencia a ambiguidade do uso crônico, definido pelos profissionais como "salvação e perdição" (Fegadolli et al., 2019; Freitas & Amarante, 2017). Embora o fármaco ofereça um alívio paliativo imediato — o efeito de "não pensar" ou "jogar água no fogo" —, o uso prolongado induz à tolerância e à dependência química de difícil manejo (Alvarenga et al., 2015; Firmino et al., 2012). Os impactos clínicos são subestimados tanto por prescritores quanto por usuários, que muitas vezes não associam quedas,

fraturas e perdas de memória ao uso crônico do diazepam (Alvim et al., 2017; Alvarenga et al., 2015). Socialmente, o medicamento atua como um anestésico para a dor da existência, impedindo que o sujeito elabore seus conflitos e tornando-o dependente não apenas da substância, mas do próprio serviço de saúde que fornece a receita (Caponi & Valencia, 2013; Bezerra et al., 2014).

Forças, Limitações e Implicações para a Saúde Coletiva

A insegurança técnica dos profissionais da APS para manejar o sofrimento psíquico sem o recurso imediato ao psicofármaco não é um fenômeno isolado, mas uma característica compartilhada em diferentes contextos sanitários, inclusive em estudos comparativos internacionais (Fegadolli et al., 2019; Bonfim et al., 2013). Outra força significativa é a identificação de um padrão de consumo crônico cristalizado, marcado por uma média de dez anos de uso contínuo, o que fornece subsídios epidemiológicos sólidos para questionar a eficácia do controle sanitário vigente sobre o receituário azul (Firmino et al., 2012; Azevedo, Araújo e Ferreira, 2016). Além disso, a análise qualitativa do discurso dos trabalhadores permitiu desvelar a medicalização como uma estratégia biopolítica de controle social, indo além da dimensão meramente farmacológica (Caponi & Valencia, 2013; Gaudenzi & Ortega, 2012).

Contudo, esta revisão apresenta limitações inerentes à heterogeneidade dos cenários e desenhos de estudo analisados, que variam desde pesquisas qualitativas no interior do Nordeste brasileiro até inquéritos epidemiológicos em grandes metrópoles e contextos internacionais (Bigal & Nappo, 2024; Blay et al., 2014). Embora os desafios assistenciais sejam semelhantes, a generalização absoluta dos achados deve considerar as particularidades

socioeconômicas e a organização específica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em cada território (Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013; Bonfim et al., 2013). Uma limitação técnica importante destacada nas fontes é a fragilidade dos instrumentos diagnósticos convencionais, como o SCAN, que se mostram pouco sensíveis para detectar as características distintivas da dependência de diazepam na atenção primária, o que pode resultar em um subdiagnóstico do problema e na subestimação da gravidade clínica nas evidências coletadas (Blay et al., 2014).

As implicações para a gestão pública e para a saúde coletiva são contundentes e indicam que a simples restrição burocrática ao acesso ao receituário é insuficiente para reverter a cronicidade (Azevedo, Araújo & Ferreira, 2016; Fegadolli et al., 2019). É imperativo que as políticas de saúde transcendam o modelo biomédico e invistam em processos de educação permanente e continuada, focados no desenvolvimento de habilidades afetivas e competências para o manejo do sofrimento humano por meio de tecnologias leves (Minóia & Minozzo, 2015; Bonfim et al., 2013). O fortalecimento do apoio matricial surge como uma recomendação central, não apenas como suporte técnico, mas como um espaço de diálogo interprofissional que impeça a fragmentação do cuidado e a "onda de renovação automática de receitas" (Bonfim et al., 2013; Ribeiro, Caccia-Bava & Lorenzi, 2013).

Para que a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento deixem de ser "práticas escassas" e tornem-se o pilar da assistência, é necessária uma reorganização profunda dos fluxos de trabalho que priorize a qualidade do encontro clínico em detrimento de metas meramente quantitativas de produtividade (Minóia & Minozzo, 2015; Bezerra et al., 2014). A saúde coletiva deve, portanto, promover a

implementação de recursos terapêuticos alternativos e práticas emancipatórias que devolvam ao usuário a autonomia sobre suas vivências, permitindo que a unidade de saúde deixe de ser um local de manutenção da dependência para tornar-se um espaço de produção de vida e desmedicalização (Gaudenzi & Ortega, 2012; Freitas & Amarante, 2017).

CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática permitiu concluir que o uso crônico de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS) é um fenômeno de saúde pública consolidado, sustentado pela medicalização sistemática do sofrimento psíquico e por falhas estruturais na organização do cuidado (Freitas & Amarante, 2017; Caponi & Valencia, 2013). Os fatores determinantes para a cronicidade do uso envolvem uma complexa rede que abrange desde o perfil de vulnerabilidade sociodemográfica — marcado por uma forte disparidade de gênero e classe social — até a insegurança técnica dos profissionais de saúde diante das queixas de saúde mental (Alvim et al., 2017; Bigal & Nappo, 2024). A consolidação de uma "cultura de renovação de receitas", em que o atendimento se reduz à entrega burocrática da guia azul, revela a persistência de um paradigma biomédico que prioriza a estabilização bioquímica em detrimento da escuta qualificada e do vínculo (Fegadolli et al., 2019; Minóia & Minozzo, 2015). Os impactos identificados são severos e multidimensionais: clinicamente, o uso prolongado induz a déficits cognitivos, riscos elevados de quedas e dependência química; socialmente, atua como um dispositivo de controle biopolítico que silencia a subjetividade e retira a autonomia do sujeito sobre sua própria experiência de sofrimento (Alvarenga et al., 2015; Gaudenzi & Ortega, 2012).

Implicações para a Prática Clínica

Para a reversão do cenário de dependência medicamentosa instalado nas unidades básicas, as evidências apontam para a urgência de resgatar as tecnologias leves de cuidado, transformando a APS em um espaço de acolhimento genuíno e não apenas em um ponto de dispensação de psicofármacos. É imperativo o fortalecimento do apoio matricial entre os centros especializados e as equipes de saúde da família, garantindo o suporte técnico necessário para que os profissionais se sintam empoderados a realizar alterações posológicas e suspensões planejadas (desmame). A prática clínica deve transcender a supressão do sintoma, incorporando a construção de Planos Terapêuticos Singulares que considerem os determinantes sociais do adoecimento e promovam recursos terapêuticos alternativos e práticas emancipatórias. Além disso, a gestão dos serviços deve priorizar a educação permanente das equipes, focando no desenvolvimento de competências afetivas para lidar com o sofrimento humano sem o recurso exclusivo à medicalização.

Implicações para Pesquisas Futuras

Embora as evidências revisadas forneçam um diagnóstico contundente sobre o problema, novos estudos são necessários para avaliar a eficácia de protocolos específicos de desmedicalização adaptados à realidade da atenção primária brasileira, especialmente voltados para mulheres no climatério e idosos. Futuras investigações devem focar no desenvolvimento de instrumentos diagnósticos de dependência mais sensíveis às características singulares dos benzodiazepínicos na rede básica, visando superar o subdiagnóstico atual e a invisibilidade dos efeitos adversos a longo prazo.

Recomenda-se, ainda, a realização de pesquisas longitudinais que analisem o impacto da implementação de práticas de suporte técnico-pedagógico contínuo sobre os índices de prescrição e a autonomia dos usuários, contribuindo para que a unidade de saúde deixe de ser um local de manutenção da dependência e se torne um espaço de produção de vida e desmedicalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 249-258, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/3MnDmZqtJ55Z4gvjgSPCWFL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ALVIM, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/9ST4JXDt5mP3FQMYN5vjhrN/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2026.

AZEVEDO, A. J. P.; ARAÚJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 83-90, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LZdp4JrmHzn6XbXff4TVpyN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2026.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface** -

Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 61-74, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SrLcmzsQHZMbjN6LcjJb6WK/?lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2026.

BIGAL, A. L; NAPPO, S. A. Prescrição de benzodiazepínicos em Unidades Básicas de Saúde em uma comunidade com alta vulnerabilidade social. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 141, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/z7TvhTlx6K6MfLv5HyhZB6R/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2026.

BLAY, S. L. et al. Factors associated with antidepressant, anxiolytic, and other psychotropic medication use to treat psychiatric symptoms in the city of São Paulo, Brazil. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 29, p. 157-165, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3969784/>. Acesso em: 29 mar. 2026.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 287-300, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6HHKZ5VHXNVRySz4LSzBhyg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2026.

CAPONI, S.; VALENCIA, M. F. V. **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2013.

FEGADOLLI, C. et al. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/m3LBtSVDM9hzCWV9BSkqXcp/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2026.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 157-166, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6HM7qwWppxbtM3hF4jDDghH/?format=html&lang=pt>. acesso em: 28 abr. 2026.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XjXvsdynqRSNX8XdZWGbVRv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2026.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkfF4jN5c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2026.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; LORENZI, C. G. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 3, p. 369-390, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/8T7HMgdbZRsjMQfrCFMkNjf/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2026.

¹ Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas
Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro
Chagas/Fiocruz Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-
mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Orcid:
<https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

² Mestre em Docência Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)
Endereço: Formosa, Goiás, Brasil E-mail: [acesse o artigo original para
visualizar o e-mail](#)

³ Doutora em Fisiologia Instituição: Universidade Federal de São
Carlos (UFSCAR) Endereço: São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Especialista em Medicina de Família e Comunidade Instituição:
Associação Médica Brasileira/Sociedade Brasileira de Medicina de
Família e Comunidade Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde
Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI) Endereço: Teresina,
Piauí, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9546-805X>

⁶ Especialista em Medicina de Família e Comunidade Instituição:
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)
Endereço: Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para
visualizar o e-mail](#)

⁷ Graduado em Medicina Instituição: Universidade Estadual do
Oeste do Paraná (Unioeste) Endereço: Cascavel, Paraná, Brasil. E-

mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Graduando em Medicina Instituição: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein Endereço: Santo André, São Paulo, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Graduanda em Medicina Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF) Endereço: Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)