

FERNANDO HENRIQUE ZAMBON VIOLA

**Atenção Básica e Saúde Mental: Uso, Abuso, Dependência e Abstinência
aos Benzodiazepínicos – PI PEDRANÓPOLIS / SP**

São Paulo

2016

FERNANDO HENRIQUE ZAMBON VIOLA

**Atenção Básica e Saúde Mental: Uso, Abuso, Dependência e Abstinência
aos Benzodiazepínicos – PI PEDRANÓPOLIS / SP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) como
requisito parcial para a obtenção do título de
especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Xavier de Souza Saito

São Paulo,

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
1.1 Justificativa.....	04
1.2 Problema.....	05
2 OBJETIVOS... ..	06
2.1 Geral	06
2.2 Específico(s)	06
3 REFERENCIAL TEÓRICO	07
4 MÉTODO	09
4.1 Tipo de Estudo.....	09
4.2 Cenário.....	09
4.2.1 Longevida, mortalidade e fecundidade.....	09
4.2.2 Longevida, mortalidade e fecundidade – Pedranópolis/SP.....	10
4.3 População-alvo deste Projeto de Intervenção.....	10
4.4 Metas.....	10
4.5 Plano de Ação.....	11
4.6 Recursos Necessários.....	12
4.7 Orçamento do Projeto.....	12
4.8 Cronograma Físico Financeiro.....	13
4.9 Monitoramento e Avaliação.....	13
5 RESULTADOS ESPERADOS	13
6. CRONOGRAMA	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXOS	17

1. Introdução

É fato que os medicamentos são um bem essencial à saúde e uma ferramenta terapêutica responsável pela melhoria na qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, seu uso irracional tem causado prejuízos para os indivíduos e gastos desnecessários na área da saúde.

Entre as diversas classes de medicamentos, o uso indiscriminado e sem indicação de psicofarmacos tem sido bem discutido. Autores consideram que os avanços da indústria farmacêutica no desenvolvimento de medicamentos mais eficazes para o tratamento de doenças psíquicas aumentam cada vez mais a busca por essa classe de medicamento. Apesar dos benefícios indiscutíveis com o uso baseado em evidências científicas (indicação, dosagem e tempo de utilização corretos) o contrário disso, pode gerar dependência e até agravar a doença do paciente.

Com base nesses aspectos, a questão norteadora desse Projeto de Intervenção foi: Que fatores contribuem para o abuso, dependência e abstinência de benzodiazepínicos nas áreas cobertas por equipes de saúde da família? Delimitar a observação a áreas cobertas por saúde da estratégia saúde da família se deveu ao fato de que as equipes devem organizar seus processos de trabalho orientados por diretrizes como: territorialização, cadastramento de famílias e pessoas, acompanhamento longitudinal e trabalho com equipes multiprofissionais, na maioria das vezes com profissionais de saúde mental.

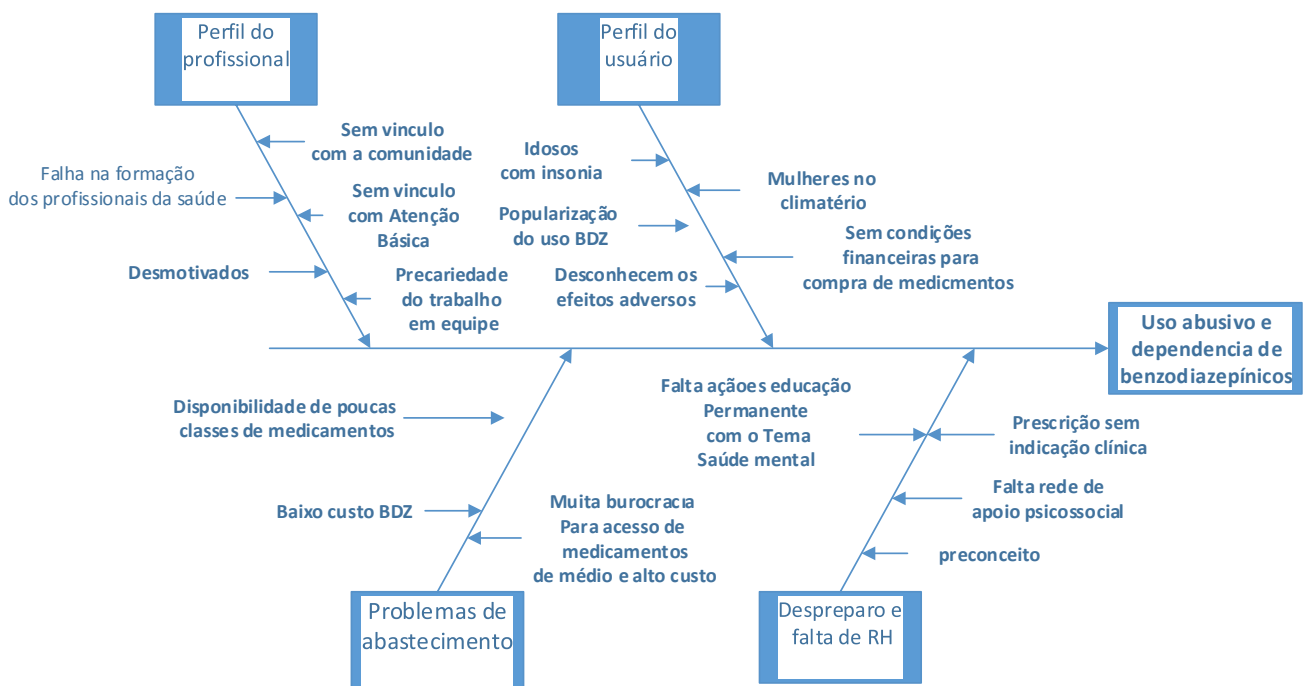
1.1. Justificativa

Ao considerar toda essas diretrizes e diante da obrigatoriedade de se realizar um projeto de intervenção no curso de Especialização em Saúde da Família da UNIFESP; UNASUS define-se como objetivo desse PI caracterizar a indicação, uso e abuso de benzodiazepínicos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família de Pedranópolis. Empiricamente, aventou-se a hipótese de que grande parte da população dessa UBS está dependente e tem mantido uso irracional de psicofármacos como os benzodiazepínicos. Comportamento que expõe a riscos que, na maioria dos casos esses usuários desconhecem. Nesse caso, defende-se também a importância de se realizar abordagens terapêuticas baseadas em evidências que assegurem além do sucesso no tratamento dos diferentes transtornos mentais se evitar o uso abusivo e a dependência de psicofarmacos.

1.2. Problema

Para responder a essa questão e identificar quais seriam esses fatores se utilizou o diagrama de Ishikawa por permitir relacionar causas que contribuem para determinado efeito. Essa ferramenta possibilitou alinhar ações para grupos de causas de modo a priorizar segmentos ou problemas em detrimento de outros que podem se mostrar com menor prioridade.

Figura 1. Diagrama de Ishikawa: Fatores que contribuem para o abuso e dependência aos benzodiazepínicos



Fonte: o próprio autor, 2016

Ao analisar os fatores que contribuem para que os medicamentos passem a ser utilizados de forma prejudicial constatou-se que diversos fatores contribuem para essa realidade. Entre os de maior relevância estão aqueles relacionados ao perfil dos profissionais e dos usuários, ao abastecimento, despreparo e falta de recursos humanos, como se evidencia no diagrama 1. Decorre dessas fragilidades práticas clínicas que não se orientam por evidências para a indicação, tampouco para a prescrição desses medicamentos.

Feito o diagnóstico, as ações propostas no Projeto de Intervenção (PI) buscam intervir no sentido de instituir uma abordagem multiprofissional para a introdução de novos tratamentos e para acompanhamento daqueles usuários já em uso de medicamentos da classe de psicofarmacos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Caracterizar a indicação, uso e abuso de benzodiazepínicos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família de Pedranópolis.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos usuários quanto a: sexo, idade, causas do início do uso, quem indicou o tratamento pela primeira vez, posologia e tempo de uso regular desses medicamentos
- Instituir grupos de usuários para orientação sobre o uso adequado, reconhecimento dos sinais da síndrome de abstinência e dependência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

As doenças e agravos psíquicos, tais como insônia, ansiedade tem acompanhado o homem desde a antiguidade. Para enfrentar esses transtornos o uso de substâncias de diversas classes (homeopáticas e alopáticas) tem sido uma prática cada vez mais aprimorada e comum. Apesar de benefícios na redução e controle desses males, o uso indiscriminado e sem indicação, pode causar, em razão de toxicidade, muitos efeitos colaterais importantes, tais como dependência psíquica e consequentes crises de abstinência quando interrompida sua ingestão¹⁻².

Entre os psicofarmacos mais comuns, estão os benzodiazepínicos. Contribui para o grande consumo o baixo custo e o fácil acesso desses medicamentos na rede pública de saúde. Entre os principais medicamentos dessa classe estão: clordiazepóxido, o primeiro benzodiazepínico, com grande popularidade devido a sua eficácia como ansiolíticos, hipnótico, mio relaxante e anticonvulsivante aliados à margem de segurança por elas oferecida¹².

Os derivados BZDs são classificados de acordo com a meia vida de ação: Midazolam - meia vida muito curta, Alprazolam, bromazepam e o lorazepam - meia vida curta Clonazepam, diazepam e nitrazepam - meia vida de ação intermediária a longa. Todas essas características devem ser consideradas pelo médico no momento da decisão de qual seria o melhor esquema terapêutico, além disso, o tempo necessário de ação do medicamento e o indivíduo que receberá a medicação²⁻⁴⁻⁷.

Definido o esquema terapêutico o monitoramento deve ser feito com o objetivo de identificar precocemente efeitos colaterais que podem acometer o paciente sendo os principais: diminuição da atividade psicomotora, interação com outras drogas, como o álcool, e o desenvolvimento de dependência¹⁻³. Efeitos relacionados principalmente a indicações inadequadas, orientações deficitárias sobre efeitos colaterais, tempo de tratamento e reavaliação periódica do quadro. Problemas qualitativos e quantitativos de orientação médica de uma forma geral contribuem para o aumento dos efeitos colaterais e erros de uso dos BZDs, não importando a especialidade médica do prescritor².

Entre as orientações destacam-se: não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento, poucos pacientes são orientados sobre a redução da atividade psicomotora e a minoria recebe informação sobre a criação de dependência.

Muitas vezes, por entender que o nível de instrução do paciente, o tipo de sistema de saúde usado não influencia na qualidade da orientação médica esse profissional não adequa seu vocabulário de modo a se fazer entender no sentido de esclarecer seu paciente sobre o tratamento com psicofarmacos como os benzodiazepínicos².

Sintomas de tolerância são observados após uso repetido ou mesmo após o uso de única dose de benzodiazepínicos. Como exemplo, o desaparecimento de sonolência diurna em poucos dias referido por usuários. Geralmente o desenvolvimento de tolerância não leva a escalada de dose na maioria dos pacientes sem história prévia do abuso de drogas³.

O uso por mais de um ano de BZDs está relacionado ao insucesso na tentativa de interrupção desta droga. Os sintomas de abstinência podem aparecer após 4 a 6 semanas do início do uso dos benzodiazepínicos. Acredita-se que a utilização destes medicamentos por até 4 meses como sendo segura, porém a dependência poderá surgir antes. O uso contínuo por vários meses não tem efeito terapêutico. Sintomas de abstinência devem ser distinguidos dos sintomas ou distúrbios pré-existentes, que podem reaparecer com a retirada da droga. Os mais frequentes sintomas são manifestações autonômicas como tremores, espasmos musculares, cefaleia, e distúrbios gastrointestinais; distúrbios do sono, como insônia e alterações do padrão do sono; distúrbios da área neuropsíquica, como alterações de percepção sensorial, hiperacusia, fotofobia, parestesias, hiperosmias, ideações paranóides, agorafobia, ataques de pânico, ansiedade, fenômenos de despersonalização e desrealização, além de alterações diversas no organismo entre elas a perda acentuada de peso⁵.

Poucos dependentes têm orientação sobre a redução gradual da dose até a parada total da medicação. A terapêutica farmacológica deve ser sempre parte da abordagem aos pacientes e não pode ser usada como mera substituta de outras condutas terapêuticas como tratamento de outros problemas que não sejam os médicos. Por fim a conclusão é que a educação médica quanto ao aconselhamento ao paciente deve ser revisada de modo a melhorar a qualidade das orientações fornecidas⁶.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Por propor uma intervenção, esse estudo pode ser considerado uma pesquisa ação. Tripp (2005) afirma que a pesquisa ação pode ser considerada como uma tentativa empiricamente e fundamentada de aprimorar a prática. Para o autor esse tipo de pesquisa permite reflexões, administração do conhecimento e da ética e a participação dos envolvidos nos processos. Há quatro fases no ciclo básico da investigação-ação: Planejar, agir, monitorar e descrever e avaliar. Para esse PI, no qual se propõe o controle do processo, considera-se possível instituir grupos com o objetivo de modificar o padrão de consumo de BDZ na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família de Pedranópolis.

4.2. Cenário

Projeto de Intervenção realizado em Pedranópolis – SP . Na caracterização do território temos: Área 261,05 km², IDHM 2010 0,742, população (Censo 2010) 2.558 hab.; densidade demográfica 9,81 hab/km², ano de instalação 1964, microrregião Fernandópolis, Mesorregião São José do Rio Preto. Esse município, entre 2000 e 2010, a população de Pedranópolis cresceu a uma taxa média anual de -0,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 60,42% para 62,20%. Em 2010 viviam, no município, 2.558 pessoas. Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de -1,40%. Na UF, esta taxa foi de 1,78%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 50,98% para 60,42%.

4.2.1 Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 19,2 por mil nascidos vivos, em 2000, para 12,9 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 20,0. Já na UF, a taxa era de 13,9, em 2010, de 19,4, em 2000 e 27,3, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

4.2.2 Longevidade, mortalidade e fecundidade - Pedranópolis – SP

Indicadores	Anos		
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	71,2	72,2	76,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	20,0	19,2	12,9
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	22,6	22,4	14,9
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,2	1,9	1,4

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,0 anos na última década, passando de 72,2 anos, em 2000, para 76,3 anos, em 2010. Em 1991, era de 71,2 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

4.3. População-alvo deste Projeto de Intervenção

Equipes nucleares da Unidade de Saúde da Família

Usuários da área de abrangência Unidade de Saúde da Família

4.4. Metas

Com base no diagrama de Ishikawa identificou-se quatro grupos de causas que contribuem para o uso abusivo e dependência de benzodiazepínicos – efeito. Essas causas foram consideradas problemas na elaboração do PTS apresentado na sequência. Para cada uma se definiu metas e responsáveis de modo a reduzir o efeito.

Quadro 1- Projeto Terapêutico Singular: fatores que contribuem para o uso indiscriminado BDZ

Problema/ Diagnóstico	Metas	Responsáveis	Avaliação
Perfil dos profissionais	- Pactuar com médicos e equipe NASF da unidade a adoção de protocolos para a prescrição dos BDZ (em um mês – utilizar a reunião técnica mensal para isso)	- Médico, enf. Farmacêutico, psicólogo (NASF)	Elaboração protocolo
Despreparo do RH	- Capacitar 80% da equipe sobre classes de BDZ, indicações e tempo de utilização, em dois meses; - Definir processos de trabalho da equipe para acompanhamento de pacientes antes e depois da indicação de BDZ. (Consulta com Psicólogo e assistente social do NASF, consulta com enfermeiro, VD, consulta e acompanhamento do farmacêutico para avaliação da adesão e correto uso dos medicamentos. (dois meses)	Equipe nuclear e NASF	Número de profissionais capacitados Processos definidos
Perfil do usuário	- Elaboração do genograma e ecomapa para 100% das famílias, com destaque para as relações em três meses, - Instituir grupos de acompanhamento e orientações mensais para discussão do tratamento e de seus efeitos	Equipe nuclear e NASF	Número de famílias com avaliação realizada Grupos instituídos e funcionantes
Problemas de abastecimento	- Conhecer quais os medicamentos disponíveis na rede, efetivar o controle dos BDZ na farmácia, adequar os protocolos as classes de medicamentos disponíveis.	Equipe nuclear e NASF	Levantamento realizado

Fonte: o próprio autor, 2016

Para instituir os protocolos e qualificar a atenção aos pacientes as metas e responsáveis foram definidas em reuniões de equipe.

4.5. Plano de ação

Para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular – Plano de ação foi realizado encontros com a equipe nuclear e do NASF com o objetivo de integrar a equipe e discutir etapas do trabalho.

No plano de ação serão realizados:

- Grupos mensais com usuários de BDZ, enquanto estiverem no tratamento;
- Encaminhamentos para equipe NASF dos casos mais graves de dependência e abuso,
- Atendimento compartilhado entre equipe NASF e nuclear;

- Realizar genograma e ecomapa de todos os participantes dos grupos durante as reuniões ;
- Utilizar nas rodas de debates metodologias problematizadoras que permitam refletir sobre o uso dos BDZ; e
- Elaborar um cadastro de todos os participantes dos grupos de modo a identificar: sexo, idade, causas do início do uso, quem indicou o tratamento pela primeira vez, posologia e tempo de uso regular desses medicamentos.

4.6. Recursos necessários

O quadro abaixo apresenta o cronograma previsto para a elaboração, execução e avaliação do projeto de intervenção.

Descrição	Detalhamento	Fonte dos recursos
Material de consumo	Sulfite, Canetas, Cartazes, entre outros de papelaria e similares	Material disponível nas Unidades envolvidas
Material permanente	Data Show, computadores, projetores, equipamento de som	Material disponível nas Unidades envolvidas
Recursos humanos	Profissionais de saúde/educadores/profissionais da Rede de Proteção Social	Profissionais disponíveis nas Unidades envolvidas

Fonte: o próprio autor, 2016

4.7. Orçamento do Projeto

Os recursos humanos serão profissionais da UBS, componentes das equipes nucleares e do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF),
Os materiais para essas atividades serão os mesmos disponíveis na UBS, diante disso, não há previsão de custos financeiros para os recursos materiais:

- Material de escritório
- Computador
- Data-show

 Espaço físico: sala de reunião da unidade

 Sala no centro de proteção social

4.8. Cronograma físico financeiro

O cronograma deste Projeto de Intervenção foi desenvolvido a partir do Plano de Ações. Para a definição das metas e processos a elas relacionados foi levado em consideração o fluxo de trabalho da UBS Bela Vista das equipes e profissionais envolvidos. Em razão disso, o cronograma está definido para o período de agosto de 2015 a junho 2016.

4.9. Monitoramento e avaliação

Elaboração protocolo

Número de profissionais capacitados

Processos de trabalho definidos

Número de famílias com avaliação realizada

Grupos instituídos e funcionantes

Levantamento do perfil dos pacientes

5. Resultados esperados com a Implementação do Projeto

Com a implementação desse Projeto de Intervenção espera-se que os usuários de BDZ sejam melhor acompanhados e que as indicações desses medicamentos sejam melhor definidas e qualificadas. O trabalho em equipe poderá integrar a equipe e será de grande valia para os usuários que poderão contar com um número ampliado de técnicos qualificados para lhes dar suporte nos seus tratamentos.

Usuários em situação de dependência receberão acompanhamento mais próximo e receberão orientações individualizadas de uma equipe multiprofissional, a fim de mostrar as complicações a que sua saúde está exposta.

6. CRONOGRAMA

Quadro 2 – Cronograma do PI

Atividades	Períodos											
	Agosto 2015	Set 2015	Out 2015	Nov 2015	Dez 2015	Jan 2016	Fev 2016	Març 2016	Abr 2016	Mai 2016	Junh 2016	Jul 2016
Revisão Bibliografia	x	x	x									
Estruturação Projeto			x	x	x	x						
Capacitação Equipe							xx	xx	xx			
Implementação das Ações									xx	xx		
Monitoramento e Ajustes											xx	
Avaliação Projeto											xx	xx
Apresentação dos Resultados												xx
Acompanhamento do Projeto												xx

REFERENCIAS

1. BERNIK, Márcio Antonini; SOARES, Márcia B. de Macedo; SOARES, Cláudio de Novaes. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 48, n. 1, mar. 1990 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1990000100020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1990000100020>.
2. RANG, H. P. et al. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos. In: HANG, H. P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Cap. 37. p. 535-544
3. ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. spe, out. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700018>.
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (Brasil). Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos: Projeto Diretrizes**. 2008. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br>. Acesso em: 20 dez. 2015.
5. TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. access on 28 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
6. AUCHEWSKI, Luciana et al . Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, n. 1, mar. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000100008>.
7. RIBEIRO, Carmen Sylvia et al . Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 125, n. 5, set. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

- 31802007000500004&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 20 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802007000500004>
8. OGA, Seizi. Interações medicamentosas. In: LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Cap. 149. p. 1891-1896.
 9. RAMOS, Renato Teodoro. Transtornos de Ansiedade. In: LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Cap. 218. p. 2498-2509.
 10. ALOÉ, Flávio; TAVARES, Stella Marcia Azevedo; HASAN, Rosa. Transtornos do Sono. In: LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Cap. 223. p. 2543-2570.
 11. DELUCIA, R.; OLIVEIRA-FILHO, R. M.; PLANETA, C. S.; GALLACCI, M.; AVELLAR, M.C.W., (Eds). **Farmacologia integrada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. 701p.
 12. NORDON, David Gonçalves et al . Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 3, p. 152-158, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000300004>.
 13. TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

Anexo 1 – Cadastro dos usuários em uso de Benzodiazepínicos

Parte 1 – Identificação:

Nome:

N^a prontuário:

Data de Nascimento:/...../.....

Renda: N salários mínimos:.....

Escolaridade:

Parte 2 _ Perfil de consumo:

Tipo de medicação:

Dose diária prescrita:

Frequência com que passa no médico:.....

Há quanto tempo faz uso desses medicamentos:.....

Quais foram as orientações recebidas quando foi indicado esse tratamento:

.....
.....
.....

PARTICIPAÇÃO NOS GRUPOS			
Mês	Profissional responsável	O que pensa sobre o uso de BDZ	Se acha preparado (a) para trocar, parar ou reduzir o uso desses medicamentos

Fonte: o próprio autor, 2016