



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

Natália Picanço de Queiroz Esteves

**Uso de Fitoterápicos como aliado no desmame do consumo
inadequado de Benzodiazepínicos na atenção básica.**

Rio de Janeiro

2015

Natália Picanço de Queiroz Esteves

Uso de Fitoterápicos como aliado no desmame do consumo inadequado de Benzodiazepínicos na atenção básica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Rio de Janeiro

2015

Natália Picanço de Queiroz Esteves

Uso de Fitoterápicos como aliado no desmame do consumo inadequado de Benzodiazepínicos na atenção básica.

Apresentação do Trabalho de conclusão de curso em 26 de Fevereiro de 2016 ao curso de Especialização em Atenção primária em Saúde.

Coordenador

Roberto José Adrião Povoleri Fuchs.

Orientador

RESUMO

Observa-se que uma expressiva porcentagem da população vem fazendo uso indiscriminado de benzodiazepínicos, seja pela prática excessiva da automedicação, seja pela prescrição demasiada de médicos generalistas. Muitos pacientes da comunidade de Parque Araruama desconhecem totalmente os efeitos colaterais em longo prazo desses medicamentos, por isso, constata-se a importância de elaborar e aplicar um projeto de intervenção centrada na pessoa que oriente e estimule a população a abandonar esse vício, que vinha sendo cultivado de forma errônea. Todo esse processo foi realizado por meio do desmame progressivo do benzodiazepínico pela introdução de fármacos fitoterápicos e de apoio psicológico, mantido durante e após a redução da dosagem. Dentre uma amostra de 40 pacientes, juntando grupos 1 e 2, sendo os usuários crônicos e os que desejavam iniciar o medicamento, respectivamente. 17 pacientes não se tornaram ou deixaram de ser dependentes, o que representa um número bem expressivo, indicando um desmame bem sucedido. Conclui-se que o melhor esclarecimento dos pacientes sobre dependência química e sobre os efeitos colaterais contribuíram para melhor adesão destes ao desmame.

Descritores: Benzodiazepínico, Desmame, Fitoterápico, Dependência.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	REVISÃO DA LITERATURA	6
3.	JUSTIFICATIVA	10
4.	OBJETIVOS	11
	Objetivo Geral	11
	Objetivo Específico	11
5.	METODOLOGIA	12
	5.1 Público- alvo	12
	5.2 Desenho da operação	12
6.	DISCUSSÃO E RESULTADOS	16
7.	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

A população brasileira vem enfrentando rotinas pesadas com bastante estresse, ansiedade e noites mal dormidas em seu dia-a-dia, por isso necessitam buscar uma fuga que lhe seja prazerosa, lícita e socialmente aceita. Nesse contexto, o consumo de psicotrópicos acaba ganhando destaque em meio a tanta necessidade.

Diante desta situação, um dos fármacos mais prescritos é o benzodiazepínico, principal responsável pela falsa sensação de solução. Com a população de Parque Araruama, bairro de São João de Meriti, não acontece diferente. Além das dificuldades que todo brasileiro enfrenta, eles ainda estão passando por um processo de convívio com a criminalidade, pois vivem em uma área que há 2 anos era considerada tranquila, recentemente ocupada por traficantes vindo de outras regiões.

Por esses motivos, o número de pacientes usuários de remédios controlados vem aumentando cada vez mais. Praticamente todos os dias da semana há pelo menos um paciente solicitando receita azul, dizendo que administra a medicação por não conseguir dormir. Contribuindo ainda mais com essa prevalência, existe a viciosa prática de paciente sem acompanhamento regular que pede insistentemente para seus agentes de saúde convencerem o médico a renovarem suas receitas, atitude totalmente errônea. Infelizmente, muitos médicos acabam cedendo aos pedidos e prescrevem novas receitas favorecendo a dependência e uso indiscriminado.

Dessa forma, verifica-se que grande porcentagem da população vem fazendo uso indiscriminado de benzodiazepínicos, seja pela prática da automedicação, seja pela

prescrição demasiada de médicos generalistas. Muitos pacientes de Parque Araruama desconhecem totalmente os efeitos colaterais em longo prazo dos medicamentos, em geral, usam por mais de 06 meses, tempo mais que suficiente para aumentar a tolerância e a dependência, pois o período habitual deveria ficar em torno de 4 a 6 semanas.

Um outro motivo para esse uso elevado, seria a teoria de muitos cardiologistas sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica por meio de calmantes, podemos observar essa prática bem presente no Município de São João de Meriti. Como a prevalência de HAS é altíssima, conseqüentemente, a prescrição de benzodiazepínicos por essa especialidade médica também é bastante alta.

Em função do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos pela população de Parque Araruama, conclui-se ser necessária a elaboração de um projeto de intervenção que estimule a diminuição da prevalência deste psicotrópico. Portanto, este tema será abordado no trabalho de conclusão de curso, elaborando um modelo de projeto de intervenção para o curso de especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade aberta do SUS.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Os benzodiazepínicos (BZDs) são fármacos que atuam praticamente sobre a tensão, ansiedade e por isso são chamados de ansiolíticos (CARLINI *et al.*, 2001), vulgarmente chamados de "calmantes". Além disso, são altamente lipossolúveis, o que confere os mesmos, uma excelente capacidade de penetração no seu sítio de ação que é o tecido cerebral (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Assim, por se tratarem de psicotrópicos, agem diretamente sobre o sistema nervoso central e são capazes de provocar alterações cognitivas e psicomotoras.

Segundo o estudo de toxicologia da UFRJ, seu mecanismo de ação se baseia na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do ácido-gama-amino-butírico (GABA), além de provável ação direta na indução do sono não REM. Os hipnóticos e ansiolíticos do tipo BZDs melhoram a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite.

De acordo com a coordenação de programas de saúde mental (2006), os principais efeitos farmacológicos dos BZDs são: redução da ansiedade e da agressão, sedação e indução do sono, redução do tônus musculares e coordenação, e ações anticonvulsivantes. São indicados para tratamento de pânico, das fobias e dos quadros de agitação associados a outras condições psicóticas, e são as substâncias de escolha para o manejo da ansiedade e da agitação aguda.

Uma pesquisa realizada pela OMS, sobre utilização de benzodiazepínicos, em quatro países revelou que a maioria dos médicos entrevistados prescrevia estes

medicamentos para as seguintes indicações clínicas: distúrbio do sono, ansiedade, depressão, dores nas costas, nervosismo e tensão, convulsões epilépticas, infarto agudo do miocárdio, síndrome de estresse, agressividade, angina pectoris, tétano, hipertireoidismo e doenças psicossomáticas. Nos países em desenvolvimento, a prescrição de BZDs no tratamento da hipertensão e dores lombares é comum.

Dentre os principais efeitos colaterais, podemos melhor observar: a diminuição de atividade psicomotora, o prejuízo da memória, tonteiras, zumbidos e reação paradoxal (excitação, agressividade e desinibição), desenvolvimento de tolerância e dependência.

Segundo a sociedade brasileira de psiquiatria (SBP, 2008), em torno de 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa, por isso, é fundamental um desmame acompanhado da droga.

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente exequível e de baixo custo. (SBP, 2008).

Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este gira em torno de 6 a 8 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a

retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por semana. (SBP, 2008).

O melhor local para esse tratamento é o ambulatorial, pois leva o maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo. (SBP, 2008).

Apesar do desmame ser gradativo e acompanhado, ainda assim pode ocorrer a síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos (SAB). Esta se refere à novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos BDZ. Ela deve ser diferenciada dos sintomas de rebote, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais os BDZ foram prescritos, numa intensidade significativamente maior. Os principais sinais e sintomas da SAB são: tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, cefaleia, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, agitação, pesadelos, prejuízo da memória, chegando até mesmo a apresentar sinais maiores como convulsões, alucinações e delirium.

Quanto aos fitoterápicos, cabe aqui ressaltar que o Conselho Brasileiro de Fitoterapia (Conbrafito) considera “fitoterapia” a utilização de plantas medicinais ou bioativas, ocidentais e/ou orientais, *in natura* ou secas, plantadas de forma tradicional, orgânica e/ou biodinâmica, apresentadas como drogas vegetais ou drogas derivadas vegetais, nas suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas e preparadas de acordo com experiências populares tradicionais ou métodos modernos científicos. As práticas e as pesquisas relacionadas ao cultivo e coleta, extração e manipulação, dispensação ou consumo, atenção farmacêutica, orientação assistida, prescrição ou recomendação da fitoterapia abrangem diversos biomas ou sistemas como: Amazônia, Caatinga, Cerrado, Mata Atlântica, Ecossistemas

Costeiros e Marinheiros, Pampa e Pantanal, entre outros, no que diz respeito às plantas nativas, endêmicas, introduzidas e exóticas. As práticas alternativas, complementares e outras não convencionais com vistas à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, como homeopatia, termalismo, acupuntura e afins, estarão sendo beneficiadas com a fitoterapia por meio do fornecimento de matérias-primas, insumos vegetais e produtos.

Fitoterápico, de acordo com a legislação sanitária brasileira, é o medicamento obtido empregando-se exclusivamente a matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização de documentações tecnocientíficas ou de evidências clínicas. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. (Anvisa, RDC nº 14, de 31 de março de 2010).

3. JUSTIFICATIVA

Esse tema foi escolhido porque muitos dos pacientes atendidos na área adscrita do Posto de Saúde da Família de Parque Araruama, vem fazendo uso excessivo e inadequado de fármacos benzodiazepínicos, configurando uma epidemia neste cenário. Além disso, percebe-se total desconhecimento da população por parte dos efeitos adversos deste fármaco.

A população de Parque Araruama vem usando indiscriminadamente os benzodiazepínicos, muitos pacientes relatam usar há mais de 5 anos. Pode-se perceber que eles desconhecem totalmente os efeitos colaterais dessas drogas em longo prazo. Ademais, já estão acostumados a usá-las devido à facilidade de consegui-las, somado a isso, ainda há o benefício da sensação momentânea de satisfação que os benzodiazepínicos proporcionam em suas vidas.

4. OBJETIVO

- *Objetivo geral*

Reduzir a alta prevalência de psicotrópicos em pacientes que são usuários crônicos desta droga por meio da introdução do uso de fitoterápicos.

- *Objetivo específico*

Reeducar o paciente, encorajando-o a praticar o desmame progressivo.

Estimular o autocuidado, alertando para os efeitos colaterais.

Reduzir a prática de solicitação de receitas azuis sem qualquer consulta médica.

5. METODOLOGIA

5.1 Público alvo

O principal beneficiado será a população da comunidade de Parque Araruama, em São João de Meriti, que se expõe aos efeitos colaterais causados pelos medicamentos. Dentre os pacientes que solicitavam renovação da receita, era-lhe perguntado o porquê e o tempo de uso. Em função dessas respostas, avaliava-se se o paciente estava apto a iniciar o desmame. Alguns ficavam bastante angustiados com a proposta e choravam, estes eram imediatamente descartados e encaminhados para o psiquiatra. Já aqueles que se apresentavam interessados pela proposta, ou até mesmo os que se mostravam ligeiramente apreensivos, eram os escolhidos para iniciar tal processo.

5.2 Desenho da operação

O início da abordagem ao paciente se dá durante sua primeira consulta, quando é possível um diálogo mais minucioso sobre o porquê do uso do fármaco e, o tempo de tratamento, também é perguntado ao paciente quanto a vontade de interromper o uso e qual o nível de conforto o medicamento-lhe oferece. Depois, prossegue-se para uma orientação sobre os efeitos colaterais em longo prazo, fazendo os pacientes se conscientizarem do quão errado é o uso prolongado desta medicação.

Dentre todos os efeitos colaterais que são expostos ao paciente, o que mais os perturba e mais os incentiva a largar é a perda de memória. Assim que é falado sobre o possível *deficit* de memória, imediatamente, a maioria se identifica com esse quadro, e após essa orientação, eles saem certos de que o medicamento é o grande responsável de seus esquecimentos. Pode-se dizer que esse é um dos argumentos mais fortes que muito encoraja o abandono dessa droga.

A partir do momento que o paciente entende esta primeira etapa, segue a orientação sobre suspender a medicação. Aqueles que se apresentarem muito impactados com a ideia, orienta-se que pense sobre o assunto e que volte em 1 mês para sua próxima consulta, quando continuará a conversa sobre o assunto. Já os que aceitam bem a informação sobre a descontinuidade da medicação, o desmame é iniciado de imediato.

Alguns se mostram bastante inseguros sobre permanecerem sem qualquer medicação para momentos de maior estresse. Nesses casos, opta-se por prescrever fitoterápicos. Na consulta em que esse novo fármaco é prescrito, há uma supervalorização desta droga, o que faz o paciente sair bastante confiante e seguro de que o novo tratamento será eficaz.

Os fitoterápicos são fármacos obtidos por meio de vegetais, exclusivamente. Como uma das principais queixas dos usuários era insônia, foi escolhido um fitoterápico que causa uma leve ação sedativa e relaxante, induz ao sono, alivia as tensões e combate a agitação. Essas são exatamente as soluções que os pacientes estão procurando.

Na grande maioria, esse desmame foi feito por meio da redução de um quarto da dose por semana, com retorno do paciente a cada 07 dias para controle. Em geral, ao

final de 8 a 10 semanas o desmame é concluído.

No grupo 1, havia 26 pacientes que faziam uso crônico dos BDZ, 15 desistiram, 3 apresentaram insucesso ao tolerar o fim do desmame e 8 obtiveram total êxito no processo.

Dentre os 15 pacientes que desistiram, possivelmente porque se sentiram inseguros, 9 pacientes retornaram na semana seguinte dizendo que não estavam conseguindo dormir. Nota-se que, a dose reduzida ainda era muito pouca para ser percebida pelo organismo. Nesses pacientes, observa-se maior dependência psicológica do que física, sendo encaminhados para acompanhamento psiquiátrico. Por volta da quarta semana, mais 4 pacientes desistiram após a redução da dosagem para menos da metade, alegando angústia e insônia. Apenas 2 pacientes tiveram que retornar a dose inicial, mesmo já chegando ao final do desmame, 1 porque passou por problemas familiares, o que gerou um descontrole emocional perfeitamente aceitável, o outro porque trabalhou a vida toda de madrugada, desregulando seu sono.

Já ao final do tratamento, ao retirar o último comprimido, 3 pacientes não toleraram, mesmo com a introdução do fitoterápico, dizendo que este medicamento era muito fraco e não estava sendo o suficiente. Apesar deste insucesso inicial, estes pacientes conseguiram manter a medicação com uma dose bem inferior comparada a do início.

Apenas com 8 pacientes foi obtido sucesso com desmame total, sendo substituído pelo uso do fitoterápicos para lhe trazer maior segurança neste momento delicado. Em todos os 8 pacientes a retirada foi gradual, reduzindo um quarto da dose por semana, alguns duravam até 2 semanas. As consultas permaneciam semanalmente para poder sempre os encorajar. Ao chegar da última etapa para suspender

definitivamente a medicação, era proposto intercalar os comprimidos em dia sim e dia não. Intercalava-se o uso de BDZ com o uso de fitoterápico e após, esse último substituiu permanentemente os benzodiazepínicos. Em aproximadamente 8 semanas todos esses pacientes haviam abandonado o uso de BDZ.

Com relação ao grupo 2, havia 14 novos pacientes que desejavam iniciar o uso de benzodiazepínico, cada caso era avaliado individualmente. Foi prescrito fitoterápico para todos. 9 permaneceram sem psicotrópicos, sendo 6 descreveram que o fitoterápico foi o suficiente para atender suas expectativas, e os outros 3 nem compraram a medicação. Porém, foi necessária a introdução do benzodiazepínico em 5 pacientes que retornaram se queixando.

Além de todo esse apoio, foi organizado também encontros para que os pacientes pudessem compartilhar suas experiências, estimulando mais usuários crônicos a abandonarem. Infelizmente, os pacientes disseram q não se sentiam a vontade para compartilhar sobre tal particularidade, falaram que teriam que expor suas vidas para os vizinhos próximos, então, a proposta do encontro para debate não havia sido muito bem aceita. Mesmo assim, houve bastante insistência em marcar uma roda para conversar sobre os psicotrópicos na segunda semana de Dezembro, apenas 2 pacientes compareceram. Dessa forma, percebe-se que a população ainda não está pronta para esse tipo de abordagem.

6. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Visto que os psicotrópicos são drogas altamente lipossolúveis, capazes de penetrar no sistema nervoso central e provocar alterações cognitivas e psicomotoras, esses, definitivamente, não configuram uma medicação que possa ser administrada por muito tempo, atitude a qual os moradores de Parque Araruama vinham praticando.

Esses pacientes desconheciam totalmente as informações sobre os efeitos colaterais, a partir do momento que isso foi exposto, passaram a avaliar melhor se realmente era necessário continuar ou até mesmo iniciar a medicação. Após ouvir atentamente cada paciente e orientá-los sobre a tal droga, pode-se perceber que apesar desta trazer uma sensação tranquilizadora momentaneamente, alguns preferiam abandoná-la porque não queria ter prejuízo da memória, tonteira, tolerância ou dependência, ou até mesmo reações paradoxais.

De acordo com a sociedade brasileira de psiquiatria (SBP, 2008), realmente o ambulatório é o melhor ambiente para conseguir um acompanhamento ideal do desmame progressivo da droga.

Diferente do que NASTASY; RIBEIRO e MARQUES disseram, os 50% iniciais da retirada da droga foram os mais difíceis, porque houve uma importante desistência do processo logo nesta primeira semana, quando apenas pouca parte da substância havia sido reduzida. Esta situação ocorreu apesar da técnica de desmame ter sido a retirada gradual, redução de um quarto da dose por semana, como foi recomendada pela sociedade brasileira de psiquiatria.

Com relação à síndrome de abstinência ao benzodiazepínico, 21 pacientes apresentaram sintomas leves da SAB, os mais relatados foram: insônia, tremor, palpitação e cefaleia. Destes, 18 não toleraram essas alterações, sendo necessária a reintrodução do benzodiazepínico. Enquanto 3, prosseguiram no desmame porque entenderam que essa situação era transitória.

Durante todo este processo, também houve uma melhor orientação sobre os fitoterápicos, explicando que esses eram um pouco menos potentes que os benzodiazepínicos, porém, também podem oferecer ação relaxante, induzir ao sono, aliviar tensões, sem causar dependência ou outros efeitos por ser produzido à base de vegetais. Com isso, os pacientes concordaram em fazer essa substituição para diminuir os efeitos adversos do outro fármaco.

Dessa forma, pode-se observar o resultado dessa intervenção em cada grupo. No grupo 1, com uma amostra de 26 pacientes, apenas 8 conseguiram abandonar de vez a medicação. Já no grupo 2, dos 14 que seriam novos dependentes, 9 não iniciaram os benzodiazepínicos.

Assim, de 40 usuários e possíveis novos usuários, 17 pacientes não se tornaram ou deixaram de ser usuários crônicos. Já que o número de pacientes que estão usando fitoterápicos hoje representa um número bem expressivo dentro da amostra, isso faz ratificar que os benzodiazepínicos realmente estão sendo prescrito demasiadamente.

Essa constatação fica ainda mais evidente, quando comparamos o grupo 1 com o grupo 2. O número de pacientes que desejavam iniciar a medicação, grupo 2, foi orientado a primeiro introduzir o fitoterápico, e posteriormente, se este não fosse o suficiente, seria prescrito o benzodiazepínico. Com isso, a maioria experimentou e optou por permanecer em uso do fitoterápico. Sendo assim, existem menos 9 pacientes

que poderiam ser usuários crônicos hoje.

Por meio deste projeto de intervenção, pode-se observar que é mais fácil orientar o paciente sobre o benzodiazepínico no início do tratamento, do que praticar o desmame posteriormente. Portanto, deve-se colher uma boa anamnese e avaliar, minuciosamente, se realmente é necessária a introdução do psicotrópico.

7. CONCLUSÃO

Pode-se perceber que os pacientes não entendem ao certo o porquê de estarem usando tal medicamento. Eles pensam que o benzodiazepínico é indicado apenas para tratar insônia, e nunca mais tentaram dormir sem a droga após sua introdução, provando seu total desconhecimento sobre os efeitos colaterais. Toda essa situação, somada à facilidade de conseguirem o fármaco, os pacientes acabam usando a droga por anos sem qualquer orientação médica.

Em função desse uso indiscriminado, é fundamental que o médico avalie melhor a real necessidade do paciente, e acabe com o hábito de sempre renovar receitas azuis, a qual exige a presença do paciente e uma constante reavaliação do quadro clínico.

Ao concluir este trabalho, pode-se perceber que o paciente bem orientado, muitas das vezes opta por abandonar o uso crônico desta droga.

REFERÊNCIAS

Alvarenga JM, et al. Chronic use of benzodiazepines among older adults. **Revista Saúde Pública.**, Dec 2014; vol.48 n. 6 São Paulo.

Andreatine R. Uso de fitoterápicos em psiquiatria. **Revista Brasileira de psiquiatria.**; 2000; volume 22 n.3. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300002> acessado em 09 novembro de 2015.

Carvalho AL; Costa MR; Fagundes H. O ano da promoção do uso racional de benzodiazepínicos. **Uso racional de psicofármacos.** Abril-Jun 2006. Ano 1 vol 1.

Forsan MA. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado.** Trabalho de conclusão de curso. Campos Gerais, Minas Gerais; 2010.

Matte TS; Pletsch MU. **Abordagem sobre o uso irracional de benzodiazepínicos no Brasil.** Relatório técnico-científico. Câmpus Iluí, Santa Rosa, Panambi e Três Passos; 2014.

MOURA, M. Uso de benzodiazepínicos em idosos, declínio cognitivo e risco de quedas. Associação médica de Brasília. Disponível em <http://www.ambr.org.br/uso-de-benzodiazepinicos-em-idosos-declinio-cognitivo-e-risco-de-quedas>. Acesso [30 de janeiro de 2016].

Natasy H; Ribeiro M; Marques ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Projeto diretrizes da Associação brasileira de psiquiatria.** São Paulo, 2008.

Oliveira LF. **Plano de intervenção para redução do uso inadequado de benzodiazepínicos do município de Mirá/MG**. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal de Minas Gerais 2013. Conselheiro Lafaiete/ MG.