

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADO NA DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL: UMA REVISÃO

Adriano da Costa Tavares ¹

Laise Mazurek ²

Fabio Bahls Machado ³

RESUMO: O álcool é uma das bebidas mais utilizadas no mundo e sua dependência acomete significativamente a população mundial. O consumo em excesso causa diversas doenças agudas e crônicas, podendo levar o indivíduo a morte. Neste sentido este trabalho teve como objetivo buscar informações sobre a dependência ao álcool bem como seu tratamento. Para que isto se concretizasse, realizou-se uma revisão da literatura em livros, bases dados como: scielo, google acadêmico e bibliotecas *online* contendo teses, dissertações e livros, utilizando preferencialmente a literatura dos últimos dez anos. Pode-se perceber que o alcoolismo é uma condição de dependência, caracterizada por uma compulsão ao consumo do álcool de forma incontrolável, fazendo com que seu tratamento e prevenção seja uma preocupação constante. Os principais problemas relacionados ao vício são relativos ao enfrentamento da dependência e o tratamento farmacológico. Sendo os medicamentos dissulfiram, naltrexona, acamprosato disponíveis para a dependência e o tratamento coadjuvante para não ocorrer possíveis recaídas com os medicamentos topiramato, gabapentina, carbamazepina. Pode-se concluir que ainda possuem poucos medicamentos para serem utilizados no tratamento da dependência ao álcool. A ausência do farmacêutico no centro de atenção social (CAPS) e a inserção da família bem como de um acompanhamento psicológico e farmacoterapêutico pode ajudar a inserir o indivíduo novamente na sociedade.

Palavras-chave: Dependência. Álcool. Dissulfiram. Acamprosato. Naltrexona.

Introdução

O álcool é uma substância lícita que está presente em uma extensa variedade de bebidas ao redor do mundo, obtidas por fermentação ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas (BRASIL, 2012). A dependência de álcool é uma das causas que acometem 10 a 12% da população mundial, sendo que 48% declaram-se abstinidos a esta droga. Já os que fazem ingestão tem um consumo per capita elevado (CUNHA et al. 2007; LEÓN et al. 2007).

A população brasileira está inserida entre os países que mais consomem álcool no mundo. Estes patamares de consumo geram 3% de beber nocivo e 9% de dependentes. Ou seja, seu consumo é o responsável por adoecer 12% da população, colocando o álcool como uma das causas de doenças mais frequentes no país (OLIVEIRA; COBUCCI, 2012; ÁLVAREZ, 2007; PINHO et al. 2008; LARANJEIRA et al. 2007; PINHO et al. 2009). Muitos fatores, como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil, costumam ser fatores que podem influenciar quanto ao uso de álcool, bem como o desenvolvimento de sua dependência (BRASIL, 2012).



Distúrbios físicos e mentais são fatores que proporcionam o consumo abusivo do álcool, já os fatores individuais e ambientais também podem levar o indivíduo ao alcoolismo (CUNHA et al. 2007). O consumo de álcool em excesso é a causa de mais de 30 doenças agudas e crônicas, causando um grande índice de morte (LEÓN et al. 2007).

O alcoolismo é uma condição de dependência, caracterizada por uma compulsão ao consumo do álcool de forma incontrolável provocando danos orgânicos que podem trazer, como consequência, doenças graves, o que torna necessária uma preocupação efetiva de seu conhecimento, tratamento e prevenção, bem como problemas relativos ao enfrentamento da dependência (CASTRO; BALTIERI, 2004). Motivo pelo qual foi despertado o interesse em realizar esta pesquisa, pois a intoxicação e a abstinência são dois problemas comuns do dependente em álcool.

Pacientes que fazem uso prolongado e frequente de álcool, quando diminuem a ingestão ou param de beber, podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas denominado Síndrome de abstinência ao álcool (SAA). O uso abusivo desta droga lícita é encontrado em todos os setores clínicos. Tendo em vista a importância do alcoolismo como problema de saúde pública fez-se necessário conhecer os aspectos que levam à dependência, assim como seu tratamento, focando o papel profissional farmacêutico na assistência desses pacientes no centro de atenção psicossocial.

Neste trabalho foi realizada uma revisão da literatura em materiais impressos como livros e revistas científicas presentes na biblioteca da Faculdade Mineirense - FAMA. Também foram realizadas pesquisas em bases dados científicos como: *scielo*, *google* acadêmico e bibliotecas *online* contendo livros, teses e dissertações com o tema tratamento farmacológico utilizado na dependência ao álcool.

Como critério de inclusão foram selecionadas 34 referências datadas entre 2004 a 2015 e, exclusão, aquelas que apresentavam anos diferentes dos estabelecidos e medicamentos não específicos para a doença.

Os descritores utilizados foram selecionados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde que se encontra no <http://www.bireme.br/php/index.php>. Os selecionados e utilizados na busca das informações foram: dependência, álcool, dissufiram, naltrexona, acamprosato.



Revisão da literatura

Medicamentos utilizados para a dependência ao álcool

Existem no mercado alguns tipos de medicamentos para o alcoolismo que funcionam como um complemento à desintoxicação alcoólica, A seguir serão apresentadas as substâncias liberadas pela *Food and Drug Administration* (FDA) para esta finalidade, entre elas destacam-se:

Dissulfiran

Dissulfiran foi o primeiro medicamento utilizado para a dependência ao álcool e outras drogas. Durante o tratamento com essa droga ocorre uma triagem onde o paciente tem que se adequar ao tratamento e a reabilitação. O objetivo da terapia é monitorar o paciente e verificar se este está utilizando o medicamento corretamente e verificar seu comportamento no período de abstinência (CASTRO; BALTIERI, 2004).

Esta droga caracteriza-se por tentar fazer com que o usuário crie uma aversão em que, seu mecanismo de ação caracteriza-se por inibir a enzima aldeído desidrogenase, fazendo com que ocorra acúmulo de acetaldeído no sangue (FLEMING et al. 2010; MOREIRA et al. 2010), em contato com o álcool produzirá reações tóxicas, estas geralmente ocorrem quando o paciente ingere o medicamento e, logo após (antes de 24 horas), faz a ingestão de álcool (MOREIRA et al. 2010).

Quando administrado por via oral, cerca de 70 a 90% da dose é absorvida, o início do efeito terapêutico dá-se entre 1 a 2 horas após sua ingestão, sua meia vida com a inibição do aldeído desidrogenase se desenvolve lentamente em 12 horas e é irreversível. A duração da ação é de até 14 dias após a última dose, sendo eliminado principalmente pela urina e também pelas fezes (5 a 20%) na forma inalterada. Cerca de 20% da dose permanece do organismo durante uma semana ou mais (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2014).

O tratamento farmacológico do agente agressivo dissulfiram é na faixa de 125 a 500 mg/dia. Os efeitos tóxicos devem ser bem compreendidos ao ser administrado, e, deve-se ter uma atenção ao paciente no tratamento orientando e alertando sobre as ações que ele pode provocar ao contato com qualquer tipo de veículo que contem álcool, uma vez em contato os



sintomas são desagradáveis e perigosos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008). Os sintomas são calor no rosto, dor de cabeça, náuseas, vômitos hipotensão e ansiedade, dor no peito, convulsões, depressão respiratória, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio e mortes foram encontradas na literatura (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008; MOREIRA et al. 2010).

Naltrexona

É um antagonista do receptor opioide que bloqueia os efeitos nos receptores opioides μ dos opioides exógenos e endógenos. Sua administração 1 dose de 50 mg por via oral ao dia para o tratamento do alcoolismo. A naltrexona e dissulfiram não devem ser administradas concomitante ao tratamento do alcoolismo, pois ambas são hepatotóxicas potenciais (MASTERS, 2010).

O uso da naltrexona reduz os efeitos eufóricos do álcool e o desejo de consumi-lo, os efeitos colaterais da naltrexona são raros (O'CONNOR, 2005).

A naltrexona é usada para prevenir recaídas ao uso de opioides e do álcool, ela não bloqueia completamente os efeitos do álcool, mas poderia modificar os caminhos prazerosos que o álcool produz, fazendo com que provavelmente o ato de beber se torne menos recompensador e com isto facilita o abandono do vício, porém, recomenda-se uma combinação psicossocial para tornar a terapia mais eficiente (WASHTON; ZWEBEN, 2006).

Dentre os efeitos adversos naltrexona o principal é a náusea, seguido de hepatotoxicidade, esta, causa aumento das transaminases hepáticas Transaminase Glutâmica Oxalacética (TGO), Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP), Gama Glutamil Transpeptidase (GGT), porém esta alteração só ocorreu em indivíduos que usaram dosagens superiores a 300 mg ao dia de naltrexona, as dosagens de 200 mg ao dia não foi percebido o aumento destas enzimas. Porém, o controle mensal de bilirrubina e de transaminases hepáticas nos três primeiros meses é necessário e, após uma vez trimestralmente, e se houver o aumento deles deverá ser suspenso o uso de naltrexona (DIEHL, 2010).

Para o tratamento com naltrexona recomenda-se 50 mg ao dia, na primeira semana, recomenda-se 25 mg para diminuir os efeitos adversos no organismo após a primeira semana, aumentar a dose para 50 mg ao dia. Em ensaios clínicos recomenda-se um período de 12 semanas de tratamento (DIEHL, 2010).



A absorção é rápida após administração oral, a pré-eliminação ocorre de forma sistêmica, cerca de 98% sofre biotransformação hepática, 21% ligam-se as proteínas, em 1 hora atinge o pico plasmático, sua meia vida é de 4 horas e 60% são eliminados pela urina (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2014).

Acamprosato

É um derivado sintético ao gaba, sendo um agonista gabaérgico, podendo diminuir as recaídas do tratamento de alcoólatras graves, o fármaco é absorvido no trato gastrointestinal (cerca de 10 %) (CORDIOLI, 2011), quando administrado juntamente com alimentos, sua absorção é diminuída (MASTERS, 2010; CORDIOLI, 2011), a meia vida desde medicamento é de 1 a 3 horas e o equilíbrio plasmático está entre 5 a 7 dias de uso contínuo numa concentração plasmática de 370 a 650 µg/L, não a ligação plasmática (CORDIOLI, 2011) e sua excreção é renal (MASTERS, 2010; CORDIOLI, 2011), portanto contraindicado para pacientes com insuficiência renal. Este medicamento deve ser administrado de 1 a 2 comprimidos de 333 mg 3 vezes ao dia (MASTERS, 2010).

É também contraindicado para pacientes com hipersensibilidade ao acamprosato, gravidez, lactação, idosos e insuficiência renal. Os efeitos adversos são: náuseas, prurido, dores abdominais, diarreia, diminuição ou aumento da libido (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2014).

O objetivo de usar o acamprosato é que ele diminui as recaídas após o período inicial de abstinência e seu efeito colateral principal é a diarreia (FLEMING et al. 2010)^[10].

No quadro abaixo, um comparativo entre os medicamentos dissulfiram, naltrexona e acamprosato em relação: a definição, mecanismo de ação, posologia, contraindicações, efeitos adversos e recomendações estão relacionados na Quadro 1.

	DISSULFIRAM	NALTREXONA	ACAMPROSATO
Definição	Sensibilizante ao álcool.	Antagonista de opioides.	Co-agonista de receptores de glutamato



			(NMDA).
Mecanismo de ação	Inibidor da enzima Aldeído-desidrogenase.	Bloqueio dos receptores de opioides.	Bloqueio da excitabilidade Glutamatérgica.
Posologia	Dose inicial: 500 mg/dia durante 14 dias. Dose manutenção: 125 a 250 mg/dia.	Inicial: 25 mg/dia Durante dois dias. Dose manutenção: 50 mg/dia.	Dose para pacientes com mais de 60 Kg: 1998 mg/dia. Dose para pacientes com menos de 60 Kg: 999 mg/dia.
Contraindicações	Cirrose, insuficiência hepática, epilepsia, gravidez.	Cirrose, insuficiência hepática, dependência de opioides, gravidez.	Insuficiência hepática <i>Child Pugh C</i> , Gravidez.
Efeitos adversos	<i>Rash</i> cutâneo, disfunção sexual, acne, fadiga, gosto metálico na boca.	Náusea, vômitos, cefaléia, perda de peso.	Cefaleia, diarreia, <i>rush</i> cutâneo, náuseas.
Recomendações	Monitorização da função hepática. Introdução apenas após um período de abstinência de 24 a 48 horas. Evitar fontes de álcool (inclusive de uso tópico).	Monitorização da função hepática.	Insistir na tomada correta das medicações. A monitorização hepática é recomendada, em função do consumo de etanol.

Quadro 1. Dissulfiran, naltrexona, acamprosato: definição, mecanismo de ação, posologia, contraindicação, efeitos adversos, recomendação.

Fonte: Castro e Baltieri, 2004, p. 46.



Tratamento coadjuvante para a terapia dos dependentes por álcool

Quando não houver tratamento coadjuvante para determinadas doenças que envolvam o psíquico, a recuperação do indivíduo geralmente não se torna eficaz, havendo vários fatores que podem levar à recaída. A não adesão ao tratamento é um dos fatores mais frequentes devido às reações adversas apresentadas ao paciente (SUDAK, 2011).

Topiramato

É um anticonvulsivante com efeitos na dependência do funcionamento do neurotransmissor do GABA, significando um antagonista glutamatérgico. O topiramato pode ser benéfico para o tratamento ao álcool, a dose deve ser administrada com cautela para amenizar os efeitos colaterais, possivelmente ele será próspero como medicamento no tratamento ao alcoolismo, mas ainda é necessário determinar uma dosagem adequada para esse tipo de tratamento (MAIA; ANDRADE, 2012).

O topiramato por possuir vários mecanismos de ação; como o bloqueio dos canais de sódio, potencialização da ação gabaérgica, redução da atividade excitatória glutamatérgica, inibição dos canais de alta voltagem e inibição da anidrase carbônica. Por esses vários mecanismos, o topiramato é indicado para vários transtornos psicoativos, dentre eles a dependência etílica (LACERDA et al. 2013).

No tratamento de alcoolismo o topiramato reduz a abstinência do álcool até em 12 semanas de tratamento, o efeito terapêutico com tempo amenta sua eficaz, por ter poucos efeitos colaterais suas doses variam de 100 a 400 mg ao dia no a dose deve ser aumentada gradativamente para diminuir os efeitos colaterais (MALBERGIER; AMARAL, 2015).

Gabapentina

A gabapentina é um anticonvulsivante formado por moléculas do GABA ligadas ao anel de cicloexano ou isobutano lipofílico. Foi criada para ser agonista do GABA de ação central, tem alta lipossolubilidade facilitando entrada nas membranas hematoencefálicas (MCNAMARA, 2012).



A gabapentina é um anticonvulsivante de primeira escolha em tratamento de dores neuropáticas. As doses diárias variam de 1.800 a 3600 mg/dia, mas o início prevalece com uma dose de 300 mg/dia aumentando gradualmente. Seus efeitos colaterais são sonolência, vertigem, sintomas gastrintestinais e leve edema periférico (PAIVA et al. 2013).

Anticonvulsivantes têm sido indicados no tratamento de abstinência o álcool, como a gabapentina que é um medicamento que não causa interação com o álcool e além de não provocar dependência física. Em um estudo duplo cego contendo um grupo dependentes alcoólatras utilizando gabapentina numa dosagem de 1200 mg/dia notou-se uma diminuição no consumo de álcool (WANNMACHER, 2007).

Carbamazepina

A carbamazepina é um anticonvulsivante também indicado em transtornos esquizoafetivos, bipolar, dos impulsos e de depressão. Seus efeitos colaterais são náuseas, desconfortos gastrintestinais, tontura e sedação; sua toxicidade constituem em erupções na epiderme, hepatite e discrasias sanguíneas (LAFER; TAMADA, 2007).

Um dos objetivos do tratamento da dependência do álcool é controlar as complicações como convulsões e delírios, dentre os medicamentos indicados para isto são: os barbitúricos (carbamazepina e ácido valpróico) a carbamazepina é utilizada, usando uma dose de 400 a 800 mg/dia nas primeiras 48 horas sendo reduzido a 200 mg/dia, já o ácido valpróico são 500 mg/dia, por três vezes ao dia; e os benzodiazepínicos. Os barbitúricos são considerados tão eficientes quanto os benzodiazepínicos para o tratamento de convulsões associadas à retirada do álcool (FERREIRA, 2008).

A vantagem para tratamento da dependência do álcool com a carbamazepina é que ela não provoca dependência, ao contrário dos benzodiazepínicos que provocam dependência cruzada com o etanol, a hepatotoxicidade da carbamazepina é um fator limitante para uso dos alcoolistas (LIMA, 2010).

Centro de atenção psicossocial álcool e droga (CAPS-ad) e o papel do farmacêutico

O centro de atenção psicossocial (CAPS) é um serviço que demonstra a possibilidade de substituir o hospital psiquiátrico em municípios que não os têm, sua função é oferecer um



serviço de atenção habitual evitando possíveis internações além de permitir a inserção social às pessoas que o procuram, deste modo, o CAPS prepara as pessoas com transtornos mentais para a sua vida cotidiana (DELGADO et al. 2007).

A atenção farmacêutica é o procedimento em que o farmacêutico colabora com o paciente e outros profissionais na prática e na monitorização do planejamento farmacoterapêutico (FREITAS et al. 2006), colaborando com ações visando a dispensação, orientação, educação em saúde, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico. O desempenho do farmacêutico unido às equipes de saúde proporciona inúmeros benefícios econômicos e impactos clínicos, resolvendo e prevenindo problemas no tratamento farmacológico dos pacientes (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2012).

Nesta área, o farmacêutico tem que lidar com problemas relacionados com o alcoolismo, diagnosticando e orientando o paciente no tratamento farmacológico. Na dispensação de medicamentos deve informar os riscos associados com álcool concomitante com o medicamento, orientando também a família dos pacientes durante o tratamento e informando prováveis recaídas, pois o apoio deles é fundamental (REIS et al. 2014).

Em 2002 o Ministério da Saúde, por meio das portarias nº 366/GM e 816/GM, regulamentou o atendimento a dependentes alcoólatras e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-ad), alterando o cenário no atendimento a dependentes alcoólatras que eram realizados em hospitais psiquiátricos. O CAPS-ad possui uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social os quais realizam visitas domiciliares aos dependentes (MONTEIRO et al. 2011).

Para o CAPS-ad e aos profissionais da saúde, a família tende a ter um papel muito importante no tratamento e na reabilitação do usuário. Para o tratamento ser bem-sucedido a família também deve se responsabilizar quanto ao tratamento, tendo em vista uma nova oportunidade para o indivíduo regressar à vida cotidiana (ZANATTA et al. 2012).

Considerações finais

A literatura demonstra que o consumo de álcool se transformou numa preocupação mundial nos últimos anos, em função do seu alto consumo e uso cada vez mais frequente,



podendo ocasionar riscos relacionados à saúde aos usuários, tornando-se assim um problema de saúde pública.

O medicamento dissulfiram é considerado uma intervenção eficaz ao consumo de álcool, já o acamprosato e o naltrexone consistem em importantes recursos farmacológicos no tratamento da síndrome de dependência do álcool.

O uso concomitante do dissulfiram, acamprosato ou então do naltrexone com os medicamentos topiramato, gabapentina ou então com a carbamazepina foram muito eficazes no tratamento coadjuvante para possíveis recaídas.

O CAPS-ad veio para facilitar o atendimento psiquiátrico em municípios que não ofereciam esse atendimento aos dependentes químicos, composto com uma equipe multidisciplinar o CAPS-ad junto com os familiares criam estratégias para fazer a inserção social ao dependente durante e após o tratamento.

O profissional farmacêutico não é reconhecido no CAPS como um membro de sua equipe multidisciplinar e, em grande parte das vezes, os outros profissionais da área da saúde são quem realizam a dispensação de medicamentos, o que vem em contradição com a Legislação Vigente, pois, este, é o único profissional habilitado e capacitado para realizar a dispensação de medicamentos.

A dispensação é um serviço exclusivo e indelegável do farmacêutico. É interessante ressaltar que o poder público deveria modificar a resolução vigente para incluir o profissional farmacêutico nos CAPS, pois nesses locais há a necessidade de se realizar a dispensação de medicamentos que exige controle especial. Medicamentos estes que podem apresentar diversos efeitos colaterais e, até mesmo, interações com outros medicamentos ou ainda com alimentos.

Referências

ÁLVAREZ, A.M.A. **Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo**. 1º Faculdade de Psicologia, Universidade da Havana. v. 56, n. 3, p. 188-193, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Tratamento de Dependência de Nicotina. In: ___ **Diretrizes para o Tratamento de transtornos Psiquiátricos**. (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 3, p. 276.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD, 2012, p 29.



CASTRO, L.A.; BALTIERI, D.A. Tratamento farmacológico da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, n. 1, p. 43-6, 2004.

CORDIOLI, A.V. Medicamentos: informações básicas. In: ____ **Psicofármacos: Consulta Rápida.** (Recurso eletrônico). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, Seção 1, p. 25.

CUNHA, S.M.; CARVALHO, J.C.N.; KOLLING, N.M.; SILVA, C.R.; KRISTENSEN, C.H. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. **Rev. Bras. Ter. Cogn.** v. 3, n. 1, p. 28-41, 2007.

DELGADO, P.G.G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F. et al.: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 2, p. 59.

DIEHL, A. Tratamento Farmacológico da Intoxicação Aguda por Álcool: O pronto-socorro como uma janela de oportunidades. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C., LARANJEIRA, R. **Tratamento farmacológicos para dependência química: Da evidência científica à prática clínica.** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 4, p. 111-2.

FERREIRA, M.P. Tratamento farmacológico na dependência química. In: CORDÁS, T.A.; MORENO, R.A.; NARDI, A.E. **Condutas em psiquiatria: consulta rápida.** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 12, p. 303-4.

FLEMING, M.; MIHIC, S.J.; HARRIS, R.A. ETANOL. In: BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica.** Porto Alegre: AMGH, 11. ed, 2010. Cap. 22, p. 538-9.

FREITAS, R.M.; MAIA, F.D.; IODES, A.M.F. Atenção farmacêutica aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS VI. **Infarma**, v.18, n. 9/10, p. 12-16, 2006.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. Fármacos Diversos. In: ____ **Dicionário Terapêutico Guanabara.** 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 23, p. 23,15.

LACERDA, B.M.; PINTO, G.M.Q.V.; PINTO, G.M.Q.V. Topiramato no contexto da dependência de substâncias psicoativas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 3, p. 67-71, 2013.

LAFER, B.; TAMADA, R.S. Estabilizador do humor. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica.** (Recurso eletrônico). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 35. p. 571.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESK, I.M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.

LEÓN, L.M.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEAGA, N.J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 – 2002. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 115-21, 2007.

LIMA, P.A.S.P. Lítio e outras drogas reguladoras do humor. In: SILVA, P. **Farmacologia.** 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010. Cap. 36, p. 51.

LUCCHETTA, R.L.; MASTROIANNI, P.C. Intervenções Farmacêuticas na Atenção à Saúde Mental: uma revisão. **Rev. Ciênc. Farm. Básica. Apl.** v. 33, n. 2, p. 165-9, 2012.

MAIA, J.M.C.; ANDRADE, A.G. Estado atual da terapia farmacológica para a dependência de álcool: enfoque nas futuras direções para os pesquisadores brasileiros. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 37, n. 3, p. 134-6, 2012.

MALBERGIER, A.; AMARAL, R.A. Transtornos por uso de substâncias psicoativas resistentes ao tratamento. In: CARVALHO, A.; NARDI, A.E.; QUEVEDO, J. **Transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento: diagnóstico e manejo.** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2015. Cap. 11, p. 179.



MASTERS, S.B. Os Alcoóis. In: KATZUNG, B.G. **Farmacologia básica e clínica** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: AMGH, 2010. Cap. 23, p. 330.

MCNAMARA, J.O. Farmacoterapia das epilepsias. In: HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E. **Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 19, p.460.

MONTEIRO, C.F.S.; FÉ, L.C.N.; MOREIRA, M.A.C.; ALBUQUERQUE, I.E.M.; SILVA, M.G.; PASSAMANI, M.C. Perfil sócio demográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc. **Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

MOREIRA, E.C.; SENA, E.P.; OLIVEIRA, I.R. Alcoolismo. In: SILVA, P. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 37, p 365.

O'CONNOR, P.G. Consumo Excessivo e Dependência de álcool. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22ª ed. Rio Janeiro. Elsevier, 2005. Cap. 17, p. 90.

OLIVEIRA, L.F.R.; COBUCCI, R.A.S. Alcoolismo: a vivência daqueles que lutam contra a doença. **Rev. Enfer. Integr.** v. 5, n. 2, p. 987-95, 2012.

PAIVA, H.J.P.; GROSSMANN, E.; PAIVA, A.M.F.V.; MENDES, F.F. Terapêutica farmacológica. In: ____ **Dores bucofaciais conceito e terapia** (livro eletrônico). São Paulo: artes médicas, 2013. Cap. 6, p. 178.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.; ALMEIDA, M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín.** v. 35, p. 82-8, 2008.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.F.; VARGAS, D.; ALMEIDA, M.M.; MACHADO, A.L.; SILVA, A.L.A. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, Esp. 2, 2009.

REIS, G.A.; GÓIS, H.R.; ALVES, M.S.; PARTATA, A.K. Alcoolismo e Seu Tratamento. **Revista Científica do ITPAC**. v. 7, n. 2, p. 1-11, 2014.

SUDAK, D.M. Medicamentos verso TCC: como isso aconteceu? In:____ **Combinando terapia cognitivo-comportamental e medicamento: uma abordagem baseada em evidências** (Recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap.1. p. 23.

WANNMACHER, L. Interações de medicamentos com álcool: verdades e mitos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v. 4, n, 12. 2007.

WASHTON, A.M, ZWEBEN, J.E. Estratégia e técnicas clínicas. In: ____ **Práticas Psicoterápica Eficaz Dos Problemas Com Álcool E Drogas** (Recurso eletrônico). Porto Alegre Artmed. 2006. Parte II. p, 140.

ZANATTA, A.B.; GARGHETTI, F.C.; LUCCA, S.R. O Centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista baiana de saúde pública**. v. 36, n. 1, p.225-237, 2012.

Dos autores

¹ **Farmacêutico, Graduado na Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil. E-mail: adriano.costa.tavares@gmail.com**

² **Graduanda do curso de Farmácia pela Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO, Brasil. E-mail: laisemazurek@hotmail.com**



³ Farmacêutico, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), docente na Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros,GO – Brasil. E-mail: famafarm@yahoo.com.br

