

EFAD SUPERA

Modalidades de
tratamento e
encaminhamento

6

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 6
Modalidades de tratamento e encaminhamento

11ª Edição

Brasília
MJC
2017

O curso **SUPERA** (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) foi idealizado e coordenado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e executado por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

© 2017 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) | Departamento de Psicobiologia e Departamento de Informática em Saúde – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) | Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas SENAD
Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Universidade Federal de São Paulo

Soraya Soubhi Smaili (Reitora)
Nelson Sass (Vice-Reitor)

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)

Jane Zveiter de Moraes (Presidente)

INFORMAÇÕES

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Espanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 – Brasília/DF. CEP 70604-000 www.senad.gov.br

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia. Rua Napoleão de Barros, 1038 – Vila Clementino/SP. CEP 04024-003

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: <<http://www.supera.senad.gov.br/>>

EQUIPE EDITORIAL

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Coordenação Geral

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni –
Coordenadora Geral
Ana Regina Noto Faria – Vice-Coordenadora
José Carlos Fernandes Galduroz - Vice-Coordenador

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica – SENAD

Diretoria de articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social - SENAD

Equipe Técnica – FapUnifesp e AFIP

Keith Machado Soares
Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Fabício Landi de Moraes

Equipe de Apoio TI (FapUnifesp)

Fabio Landi, Thiago Kadooka

Projeto Gráfico Original

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

Revisão Ortográfica e Gramatical

Emine Kizahy Barakat

LINHA DIRETA SUPERA

0800 771 3787

<https://www.supera.senad.gov.br/contato/>

Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

144 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

M689

ISBN 978-85-5506-036-6

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle
I. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira II. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza
III. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IV. Série.



Capítulo 3

Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias

TÓPICOS

- ✓ Álcool
- ✓ Nicotina
- ✓ Opioides
- ✓ Cocaína e crack
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Nota dos Organizadores:

Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Os medicamentos utilizados no tratamento dos problemas com álcool e outras drogas visam tratar a intoxicação, a síndrome de abstinência ou a síndrome de dependência das substâncias psicoativas. Este Capítulo abordará o tratamento farmacológico somente para o uso de álcool, nicotina e opioides, porque são substâncias para as quais existe tratamento com medicações específicas, além da cocaína e crack, devido à relevância desse tipo de dependência na atualidade.

Álcool

O **objetivo** do tratamento da Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA) é prevenir a ocorrência de:

- ✓ Convulsões;
- ✓ *Delirium tremens*;
- ✓ Morte por complicações da SAA.

O tratamento farmacológico da SAA inclui os seguintes medicamentos:

- ✓ **Benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes):** Os benzodiazepínicos de longa ação (diazepam e clordiazepóxido) são as medicações de escolha para o tratamento da SAA, pois são seguros e efetivos para prevenir e tratar convulsões e delírios. Os benzodiazepínicos **não devem ser utilizados enquanto o paciente estiver intoxicado por álcool.**
- ✓ **Haloperidol:** É uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada para tratar agitação e alucinação. No entanto, pode aumentar o risco de convulsões, por isso deve ser utilizada após a administração de benzodiazepínicos que são anticonvulsivantes.
- ✓ **Tiamina (vitamina B1):** A suplementação de tiamina é importante para a prevenção da Síndrome de Wernicke-Korsakoff, principalmente em pacientes desnutridos. Apesar de muitos não apresentarem deficiência de tiamina, ela deve ser prescrita regularmente para todos os pacientes em SAA, pois não apresenta efeitos adversos ou contraindicações. A dose utilizada é 300 mg/dia, via oral, sendo que nos primeiros três a cinco dias deve ser utilizada de forma intramuscular.

ATENÇÃO!

Para pacientes idosos e indivíduos com problemas hepáticos, recomenda-se a utilização de benzodiazepínicos de ação mais curta, como o lorazepam, por exemplo. Sua dose varia de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados.

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

- ✓ **Dissulfiram:** Essa medicação foi aprovada para uso no tratamento da dependência de álcool na década de 40 e, desde então, tem sido muito utilizada, apesar de sua eficácia não estar comprovada. O dissulfiram inibe a metabolização do álcool, causando reações desagradáveis quando o paciente consome álcool. Essas reações vão desde rubor facial, suor, náuseas e palpitações até reações mais intensas, como falta de ar, diminuição da pressão arterial, tontura e convulsões. Reações graves podem ocorrer, como infarto do miocárdio, perda da consciência, insuficiência cardíaca e respiratória e morte. A intensidade das reações irá depender da dose da medicação, da quantidade de álcool consumida e da vulnerabilidade individual. O efeito perdura por até sete dias. A dose usual é de 1 a 2 comprimidos de 250 mg, ao dia, e esse medicamento pode ser utilizado regularmente ou apenas em situações de risco, apresentando custo baixo. Sugere-se que seu uso ocorra em um programa de tratamento para dependência de álcool sob supervisão médica.
- ✓ **Naltrexone:** Essa medicação foi aprovada para tratamento da dependência de álcool, em conjunto com intervenções psicossociais (ex.: psicoterapia, orientação individual e familiar). Os estudos iniciais mostraram que a medicação diminuía os efeitos prazerosos do álcool e, com isso, também diminuía a vontade de beber. Os resultados dos testes em pacientes alcoolistas mostraram que o naltrexone, quando combinado com intervenções psicossociais, diminuía em 50% a chance de recaída, diminuía a vontade de beber e o número de dias bebendo. A medicação é geralmente bem tolerada e os efeitos adversos mais comuns são náuseas, dor de cabeça, ansiedade e sonolência. Utiliza-se o naltrexone na dose de 50 mg, uma vez ao dia. Entretanto, é uma medicação com custo mensal relativamente alto (em torno de R\$ 240 reais por ocasião da redação deste texto).
- ✓ **Acamprosato:** É uma das medicações recentemente aprovadas para tratamento do alcoolismo, sendo efetiva na redução da recaída de pacientes, além de aumentar o número de dias de abstinência de álcool. É vendida em comprimidos de 333 mg e, em adultos com mais de 60 kg, a dose indicada é de dois comprimidos, 3 vezes ao dia, com um custo mensal de cerca de R\$ 160 reais. Os efeitos adversos mais comuns são diarreia, dor de cabeça,

ATENÇÃO!

O paciente sempre deve ser informado sobre as reações provocadas pela medicação (dissulfiram) e deve ser orientado a não consumir álcool em hipótese alguma (para alguns pacientes, vinagre, perfume e desodorante podem ocasionar reações leves).

ATENÇÃO!

Acamprosato não deve ser utilizado em pacientes com problemas hepáticos ou renais graves.

náusea, vômito e azia. O acamprosato não interage com álcool e pode ser utilizado mesmo que o paciente tenha recaído.

Outros dois medicamentos têm sido utilizados, de modo experimental, principalmente em outros países, no tratamento do alcoolismo:

- ✓ **Topiramato e Baclofeno:** Demonstraram promissores resultados clínicos para o tratamento do alcoolismo, porém ambos podem induzir a tolerância (baclofeno) e perfil de efeitos colaterais (topiramato), o que pode limitar a sua utilização.

O topiramato é um anticonvulsivante que tem demonstrado resultados interessantes no tratamento do alcoolismo. Um estudo refere que seu uso aumenta a chance de um paciente se manter em abstinência por mais tempo e diminui a quantidade de bebida em caso de lapsos. Parece ter eficácia superior à naltrexona, mas inferior à da bupropiona. É utilizado em doses que variam de 150 a 300 mg por dia. O maior limitador de seu uso é a alta incidência de efeitos colaterais, principalmente parestesias, diminuição do apetite e piora da atenção (ARBAIZAR et al, 2010). Da mesma forma, o baclofeno demonstrou alguns resultados clínicos promissores em dois estudos, porém há outro com resultados negativos. Não há consenso em que o seu uso traga benefícios no tratamento do alcoolismo (GARBUET et al, 2010) e nem que seu uso é seguro, pelo risco de danos ao fígado. É importante enfatizarmos que nenhuma dessas medicações foi aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration, órgão americano regulador da comercialização de medicações) para uso no alcoolismo.

LEMBRE-SE:

A reposição de nicotina não é indicada para mulheres grávidas, para menores de 18 anos e para pacientes com problemas cardiovasculares graves. Vários medicamentos têm sido estudados com o objetivo de verificar seus efeitos de manter a abstinência de nicotina, no entanto, comprovadamente eficazes foram a bupropiona e vareniclina.

Nicotina

O tratamento farmacológico da dependência de nicotina pode ser realizado pela reposição de nicotina ou pelo uso de determinados medicamentos.

A reposição de nicotina é feita com **goma de mascar** ou **adesivo de nicotina (patch)**, sendo considerado um método seguro no tratamento da dependência, além de ser popular e econômico.

A terapia de reposição de nicotina alivia os sintomas de abstinência e diminui a chance de recaída, principalmente se estiver associada com medicação, aconselhamento e/ou medicação, exceto vareniclina.

- ✓ **Goma de mascar:** Recomenda-se utilizar uma goma de 2 mg ou de 4 mg por hora, para dependentes mais graves, embora possa ser utilizada também nos intervalos, caso apareçam sintomas de abstinência. O paciente deve ser orientado a mastigá-la devagar e, para evitar intoxicação, suspender o cigarro. É recomendado evitar o uso de café, suco e refrigerante imediatamente antes e depois de utilizar a goma, pois eles diminuem sua absorção.



O tratamento para a dependência da nicotina pode associar diferentes estratégias de tratamento simultaneamente (por exemplo: uso de vareniclina e goma de mascar), dependendo da gravidade da dependência.

- ✓ **Adesivos de nicotina:** Estão disponíveis em formulações de 7, 14 e 21 mg, que devem ser prescritas de acordo com a gravidade da dependência, considerando que cada 1 mg equivale a cerca de 1 cigarro. A dose inicial preconizada é de 14-21 mg/dia para quem fuma até 20 cigarros/dia, de 21-35 mg/dia para fumantes de 20-40 cigarros/dia e de 35-44 mg/dia para quem fuma mais de 40 cigarros/dia. Devem ser aplicados pela manhã, uma vez ao dia, em regiões musculares sem pelos, variando o local de aplicação, que pode ser repetido a cada 3 ou 4 dias. A redução da dosagem deve ocorrer lentamente, com duração de 6 a 8 semanas de tratamento, mas podendo durar até um ano em casos mais graves. Em pacientes com problema de insônia, é recomendável retirar o adesivo durante a noite. É importante escolher sempre uma nova área da pele para colocar o novo adesivo. Os mesmos locais da pele não devem ser reutilizados por pelo menos sete dias.
- ✓ **Bupropiona:** É um antidepressivo que se mostrou eficaz em aumentar o tempo de abstinência e reduzir o aumento de peso, devendo ser prescrito cerca de uma a duas semanas antes de o paciente parar completamente com o uso do cigarro. A dose pode ser iniciada com 150 mg, uma vez ao dia, e passar para duas vezes ao dia, após alguns dias. Quando o indivíduo parar completamente o uso do cigarro, a reposição de nicotina pode ser iniciada.

- ✓ **Vareniclina:** Atua no cérebro no local afetado pela nicotina e pode ajudar as pessoas a pararem de fumar, aliviando os sintomas de abstinência e bloqueando os efeitos da nicotina. A vareniclina tem sido testada em vários ensaios clínicos duplo-cegos e os resultados indicam um significativo efeito nas taxas de cessação do tabagismo, além de estar se mostrando eficaz na prevenção de recaída. A dose inicial é de 0,5 mg via oral, uma vez ao dia, por três dias; depois, 0,5 mg via oral, duas vezes ao dia, por quatro dias, e passar para 1 mg via oral, duas vezes ao dia, a partir do oitavo dia de tratamento. Preconiza-se iniciar uma semana antes da data prevista para cessar o uso de tabaco. Pacientes que não tolerarem os efeitos adversos podem necessitar de redução temporária da dose. Se o paciente parar de fumar durante doze semanas de tratamento, pode continuar por outras doze semanas, para ajudar no processo de manutenção da abstinência. Se não parou em doze semanas de tratamento, então a medicação é suspensa e reavaliados os fatores que podem estar contribuindo para a manutenção do hábito.

ATENÇÃO!

*A vareniclina necessita de ajuste medicamentoso no caso de insuficiência renal:
- ClCr < 30 ml/minuto:
iniciar 0,5 mg por dia e dose máxima de 0,5 mg duas vezes ao dia, e em hemodiálise: dose máxima de 0,5 mg por dia.*

Opioides

Os opioides apresentam um grande potencial de abuso e dependência, tanto os lícitos (morfina, meperidina, codeína) quanto os ilícitos (heroína). Algumas medicações podem ser utilizadas para tratar a abstinência ou a dependência dessas substâncias.

- ✓ **Metadona:** É um opioide sintético de meia-vida longa, utilizado para eliminar os sintomas de abstinência e como tratamento de manutenção. A dose inicial é de 15 a 30 mg via oral ao dia, podendo ser aumentada conforme os sintomas do paciente. Ela deve ser calculada por equivalência, a partir do opioide que o paciente estava utilizando. Essa substância pode ser utilizada por períodos longos; em conjunto com intervenções psicossociais (ex.: psicoterapia, orientação individual e familiar) e deve ser retirada lentamente.



A metadona também causa dependência, mas a desintoxicação é mais fácil, pois causa menos sintomas de abstinência. Estudos mostram que o uso de metadona pouco interfere na vida diária dos pacientes, considerando-se que sua administração é oral, uma vez ao dia, e tem custo baixo. Os resultados obtidos com o uso da metadona para o tratamento da abstinência de opioides mostram redução importante da gravidade dos sintomas de abstinência, principalmente quando usada como parte de um programa de tratamento (apoio psicossocial).

Equivalência de doses entre opiáceos:

- ✓ Metadona: 1 mg;
- ✓ Heroína: 1-2 mg;
- ✓ Morfina: 3-4 mg;
- ✓ Codeína: 30 mg;
- ✓ Meperidina: 20 mg.

- ✓ **Buprenorfina:** Vários trabalhos demonstraram a eficácia desse medicamento no enfrentamento da síndrome de abstinência e na manutenção do tratamento. Alguns estudos sugerem que a buprenorfina pode causar menos sintomas de abstinência do que a metadona, apresentando também menor potencial para abuso.

Cocaína e crack

Ao contrário das substâncias acima referidas, não existe um tratamento específico para a abstinência ou dependência de cocaína e crack. O tratamento é focado na diminuição dos sintomas de fissura, agitação psicomotora, tratamento de delírios ou alucinações e alterações de humor causados pelo uso dessa substância:

- ✓ **Antipsicóticos e Benzodiazepínicos:** Apesar de não haver estudos consistentes mostrando a eficácia desses medicamentos no uso de cocaína e crack, essas medicações acabam sendo o recurso utilizado para o manejo da agitação

psicomotora e em momento de fissura pela substância, por provocarem sedação e diminuição da ansiedade. Os antipsicóticos também podem atuar nos sintomas de delírio e alucinações, que são comuns em quem usa crack ou cocaína. É muito importante cuidar do risco de convulsões quando se administram antipsicóticos para esses pacientes, principalmente em pacientes intoxicados pela substância ou com comorbidades com dependência de álcool.

- ✓ **Dissulfiram:** Essa medicação age inibindo a conversão da dopamina em noradrenalina, aumentando a disponibilidade de dopamina no cérebro, e podendo reduzir o desejo de consumo dessa droga. Além disso, por dificultar o consumo de álcool, acaba reduzindo também as chances de o paciente acabar utilizando cocaína ou crack. A dose preconizada de dissulfiram é de 250 a 500 mg ao dia.
- ✓ **Topiramato:** Alguns estudos mostram a eficácia dessa medicação agindo no sistema de recompensa cerebral e diminuindo o efeito euforizante da droga, reduzindo a magnitude de busca pela substância. Porém esses achados ainda são inconclusivos, sendo necessários mais estudos para comprovar a eficácia do topiramato para esse propósito.

Muitos pacientes usuários de crack ficam muito desnutridos, aumentando o risco para deficiência de tiamina e Síndrome de Wernicke-Korsakoff, mesmo que não sejam alcoolistas. Além disso, a presença de comorbidade do alcoolismo em usuários de crack é bastante alta, sendo recomendável, nesses casos, o tratamento com tiamina.

Atividades

REFLEXÃO

Em que situações deve ser administrada a vitamina B1 (tiamina) em pacientes que realizam tratamento para dependência química?

TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Podem ser sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA):**
 - a) Convulsões.
 - b) Tremores.
 - c) Aumento da pressão arterial.
 - d) Todas as alternativas estão corretas.
- 2. São drogas recomendadas para o tratamento da Síndrome de Abstinência de Álcool (SAA), da dependência de álcool, da dependência de tabaco e da dependência de opioides, respectivamente:**
 - a) Diazepam, naltrexone, topiramato, buprenorfina.
 - b) Dissulfiram, acamprosato, topiramato, metadona.
 - c) Clordiazepóxido, naltrexone, bupropiona, buprenorfina.
 - d) Naltrexone, acamprosato, vareniclina, metadona.

3. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Estudos com topiramato apontam que essa medicação pode ser uma alternativa para o tratamento da dependência de cocaína, apesar de alguns estudos serem inconclusivos.
- b) Não existem medicações que comprovadamente sejam eficazes no tratamento da dependência de crack e cocaína.
- c) Antipsicóticos podem ser usados indiscriminadamente no manejo da abstinência de crack e cocaína.
- d) É importante atentar para a desnutrição em usuários de crack, sendo necessária muitas vezes a reposição de tiamina para prevenir a ocorrência da Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

4. Qual dos medicamentos abaixo NÃO é indicado para tratamento da abstinência de crack?

- a) Dissulfiram.
- b) Benzodiazepínicos.
- c) Antipsicóticos.
- d) Meperidina.

Bibliografia

ADDOLORATO, G.; LEGGIO, L.; ABENAVOLI, L.; CAPUTO, F.; GASBARRINI, G. Tolerance to baclofen's sedative effect in alcohol-addicted patients: no dissipation after a period of abstinence. *Psychopharmacology*, 2005;178(2-3):351-2.

ALVES, H.N.P.; RIBEIRO, M.; LEMOS, T. Tratamento medicamentoso. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, M. *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012. Cap. 22.

ARBAIZAR, B.; DIERSEN-SOTOS, T.; GÓMEZ-ACEBO, I.; LLORCA, J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis *Actas Esp Psiquiatr.*, 2010;38(1):8-12.

BALTIERI, D. Abuso e dependência de opiáceos. *Projeto Diretrizes*. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2002. v. II.

BAYARD, M.; McINTYRE, J.; HILL, K.R.; WOODSIDE JR., J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician.*, 2004;69(6):1443-50.

BESHEER, J.; LEPOUTRE, V.; HODGE, C. GABA(B) receptor agonists reduce operant ethanol self-administration and enhance ethanol sedation in C57BL/6J mice. *Psychopharmacology*, 2004;174(3):358-66.

BLONDELL, R.D. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician.*, 2005;71(3):495-502.

CASTRO, L.A.; BALTIERI, D.A. The pharmacologic treatment of the alcohol dependence. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2004;26(Suppl 1):S43-S46.

GARBUTT, J.C.; KAMPOV-POLEVOY, A.B.; GALLOP, R.; KALKA-JUHL, L.; FLANNERY, B.A. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res.*, 2010;34(11):1849-57.

JUPP, B.; LAWRENCE, A. New horizons for therapeutics in drug and alcohol abuse. *Pharmacol Ther.*, 2010;125(1):138-68.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERONIMO, C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2000;22(2):62-71.

LE FOLL, B.; GEORGE, T. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*, 2007;177(11):1373-80.

LEXICOMP. Varenicline: Drug information. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/varenicline-drug-information?source=search_result&search=Varenicline&selectedTitle=1~20>.

MALBERGIER, A. Tabagismo. *J Bras Depend Quím.*, 2001;2(S1):47-51.

MARQUES, A.C.P.R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P.; LOURENÇO, M.T.; FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2001;23(4):200-14.

MASON, B.; LIGHT, J.; WILLIAMS, L.; DROBES, D. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol.*, 2009;14(1):73-83.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/>>.

O'CONNOR, P.C. Tratamento farmacológico de pacientes dependentes de opiáceos: mais um ponto de vista. *Neuro Psico News*, 2001;33:3-13.

PAPARRIGOPOULOS, T.; TZAVELLAS, E.; KARAIKOS, D.; MALITAS, P.; LIAPPAS, I. An open pilot study of tiagabine in alcohol dependence: tolerability and clinical effects. *J Psychopharmacol.*, 2010;24(9):1375-80.

SUH, J.J.; PETTINATI, H.M.,; KAMPMAN, K.M.; O'BRIEN, C.P. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharmacol.*, 2006;26(3):290-302.

VON DIEMEN, L.; KESSLER, F.H.; PECHANSKY, F. Drogas: uso, abuso e dependência. In: DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.I.; GIULIANI, E. (Ed.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 917-31.

WILLIAMS, S.H. Medications for treating alcohol dependence. *Am Fam Physician.*, 2005;72(9):1775-80.