

BMJ Best Practice

Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Fatores de risco	13
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	18
Critérios de diagnóstico	18
Tratamento	21
Abordagem passo a passo do tratamento	21
Visão geral do tratamento	26
Opções de tratamento	28
Novidades	37
Acompanhamento	39
Recomendações	39
Complicações	39
Prognóstico	41
Diretrizes	43
Diretrizes de diagnóstico	43
Diretrizes de tratamento	43
Recursos online	45
Nível de evidência	46
Referências	48
Aviso legal	58

Resumo

- ◇ O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é um transtorno psiquiátrico comum com etiologia multifatorial e natureza crônica, estando associado a uma ampla variedade de sequelas clínicas e psiquiátricas.
- ◇ A tolerância, a abstinência, a falta de controle sobre o consumo de álcool e o uso contínuo de álcool, apesar das consequências adversas, são algumas características importantes da dependência alcoólica.
- ◇ A síndrome da abstinência alcoólica pode ocorrer após a cessação ou a redução do consumo de bebidas alcoólicas. A abstinência pode ser uma condição clínica grave. A melhor forma de monitorá-la é usando um instrumento estruturado: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revisado (CIWA-Ar). Os benzodiazepínicos são o tratamento médico definitivo.
- ◇ O consumo esporádico intenso de álcool (binge drinking), o abuso de álcool e a dependência alcoólica leve podem ser tratados com intervenções breves de um médico ou por intervenções psicológicas, tais como terapia cognitivo-comportamental.
- ◇ Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados ou graves requerem tratamento multimodal. Em um quadro clínico de paciente hospitalizado ou ambulatorial, pode haver a necessidade de desintoxicação. O objetivo da desintoxicação é minimizar os sintomas da abstinência e facilitar a entrada em um programa de tratamento contínuo e multimodal focado em ajudar o paciente a manter a abstinência.
- ◇ Medicamentos, entre eles naltrexona, nalmefeno, acamprosato e dissulfiram, podem ser utilizados com êxito em determinados pacientes a fim de melhorar a chance de manter a abstinência. O nalmefeno não está mais disponível nos EUA.

Definição

Transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é um termo utilizado para se referir ao alcoolismo. Diversas condições com definição específica categorizam melhor os padrões do abuso de álcool.

O uso problemático de álcool foi classificado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) da American Psychiatric Association como um transtorno decorrente do uso de bebida alcoólica, cuja gravidade foi classificada como leve, moderada ou grave, dependendo do número de critérios de diagnóstico preenchidos.[1]

O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas decorre de uma variedade de fatores genéticos, psicossociais e ambientais.[2] [National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)] Ela é caracterizada pelo aumento da tolerância aos efeitos de bebidas alcoólicas, a presença de sinais e sintomas de abstinência característicos e controle comprometido da quantidade e frequência de consumo.[1]

Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas podem ser associados a uma variedade de sequelas clínicas e psiquiátricas. A décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde define os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas de maneira semelhante.[3]

O diagnóstico de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas é feito quando, ao longo de um período de 12 meses, o consumo de bebidas por parte do paciente causou debilidades ou sofrimento clinicamente significativo, como determinado pela presença de 2 ou mais critérios de diagnóstico (consulte Critérios de diagnóstico em Diagnóstico passo a passo). A CID-10 designa uma categoria análoga de "uso prejudicial de bebidas alcoólicas".[3]

"Consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas" é outra designação utilizada para descrever o uso problemático não dependente de bebidas alcoólicas.

Epidemiologia

O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é um transtorno psiquiátrico comum com estimativas de prevalência ao longo da vida de 7% a 10% na maioria dos países ocidentais.[4] [5] O número de homens é maior que o de mulheres em uma proporção de mais de 2 para 1, embora o alcoolismo feminino provavelmente seja menos relatado. Nos EUA, a estimativa da prevalência de 1 ano da população com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas (com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª ed., [DSM-IV-TR] para abuso e dependência de álcool) aumentou de 8.5% para 12.7% entre 2001/2002 e 2012/2013.[6] Atualmente, cerca de 8 milhões de pessoas atendem aos critérios de diagnóstico para transtornos decorrentes do uso de bebida alcoólica nos EUA.[7] Em ambientes de atenção primária, a prevalência de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas varia de 20% a 36%.[8] Estima-se que as bebidas alcoólicas causem uma significativa carga de mortalidade global por doença, responsável por 3.2% das mortes globais. Estudos sugerem que os problemas relacionados a bebidas alcoólicas, quando medidos pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, são maiores em países com poucos recursos.[4] [7] [8] [9]

Etiologia

O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é uma enfermidade crônica com etiologia multifatorial, combinando diversos componentes genéticos, sociais, psicológicos e ambientais.[2] [10] Nesse sentido,

ele é semelhante a outras afecções clínicas, como asma, hiperlipidemia e diabetes do tipo 2, para as quais existem diversos fatores causadores e o tratamento ideal combina tratamentos biomédicos (geralmente farmacológicos) e psicossociais.[11]

As evidências sugerem que o risco de desenvolver problemas de saúde pelo consumo de álcool ocorre em nível mais baixo que o anteriormente estimado, sobretudo em relação a certos tipos de câncer,[12] e que o efeito protetor do álcool pode ser inferior ao que se pensava anteriormente.[13] Aproximadamente 50% do risco de desenvolver transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas é determinado geneticamente, mas a influência dos genes é complexa, já que há genes que aumentam o risco e genes protetores. Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas geralmente estão associados a transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e esquizofrenia. As bebidas alcoólicas afetam muitos neurotransmissores cerebrais e seus receptores, inclusive a dopamina, o ácido gama-aminobutírico, o glutamato, a serotonina, a adenosina, a noradrenalina e os peptídeos opioides.[2] [10] De uma perspectiva comportamental, a dependência de bebidas alcoólicas tem aspectos tanto de transtornos do controle de impulsos quanto de transtornos compulsivos.[14]

A evolução clínica dos pacientes com transtornos de dependência é caracterizada por fases de intoxicação recorrente, supressão e abstinência, com o transtorno progredindo da impulsividade à compulsividade. Acredita-se que a exposição crônica do cérebro a bebidas alcoólicas resulte em alterações adaptativas em longo prazo, inicialmente produzindo um maior reforço ao uso das bebidas alcoólicas e, com o tempo, progredindo para abstinência e estados afetivos negativos, de modo que exista a necessidade do uso de álcool para se sentir normal.

Fisiopatologia

Foram relatados diversos efeitos neurocomportamentais das bebidas alcoólicas relacionados ao desenvolvimento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Os efeitos agradáveis e estimulantes das bebidas alcoólicas são mediados por uma via dopaminérgica, projetando da área tegmental ventral até o núcleo accumbens.[2] A ingestão repetida e excessiva de bebidas alcoólicas sensibiliza essa via e leva ao desenvolvimento de dependência. A exposição em longo prazo a bebidas alcoólicas causa alterações adaptativas em diversos sistemas neurotransmissores, incluindo down-regulation dos receptores inibitórios do ácido gama-aminobutírico neuronal, up-regulation dos receptores do glutamato excitatório e aumento da atividade da norepinefrina (noradrenalina) central.[15]

A interrupção da ingestão de bebidas alcoólicas deixa esse estado excitatório sem oposição, resultando na hiperatividade e na disfunção do sistema nervoso que caracterizam a abstinência alcoólica. Sugeriu-se, também, que os sintomas da abstinência se intensificam conforme os episódios de abstinência aumentam em número, um fenômeno chamado de abrasamento (kindling).[15] [16] Os pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas comumente sentem fissura, definida como o desejo consciente ou o impulso por ingerir álcool. A fissura foi relacionada aos sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e opioides, que mediam o reforço positivo, e aos sistemas de ácido gama-aminobutírico, glutamatérgico e noradrenérgico que mediam a abstinência.[10] Sugere-se, também, que o uso de bebidas alcoólicas em longo prazo aumente o fator de liberação da corticotrofina, do neuropeptídeo Y e de outros neurotransmissores e hormônios relacionados ao estresse, por isso o uso continuado de bebidas alcoólicas se torna necessário a fim de aliviar a disforia e o estresse crônico.

Se os neurotransmissores específicos associados tanto aos efeitos comportamentais das bebidas alcoólicas quanto ao desenvolvimento da dependência alcoólica continuarem a ser esclarecidos, poderá ser possível produzir alvos potenciais para terapia medicamentosa para tratar a dependência.

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[1]

Classificação de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas:

- Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são caracterizados como transtornos do uso de substâncias nos quais o uso crônico de bebidas alcoólicas ao longo de um período de 12 meses causa sofrimento ou debilidades significativas. Os critérios de diagnóstico incluem problemas psicossociais causados pelo uso de bebidas alcoólicas (como prejuízo das funções, problemas legais, dificuldades interpessoais ou comportamentos de risco), sintomas fisiológicos (sintomas de tolerância e abstinência), fissuras subjetivas pelo uso de bebidas alcoólicas e uso compulsivo de bebidas alcoólicas.
- Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são diagnosticados em pessoas que fazem o uso de bebidas alcoólicas de forma compulsiva, mesmo que resulte em efeitos adversos (clínicos, psiquiátricos, psicossociais). A gravidade (leve, moderada, grave) dos transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas é determinada pela quantidade de sintomas presentes no momento do diagnóstico. O especificador de remissão é determinado pelo prazo no qual nenhum critério foi atendido, excetuando-se fissuras (3 meses para remissão precoce e 12 meses para remissão sustentada).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10)[3]

Classificação de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas nas categorias de uso prejudicial de bebidas alcoólicas e dependência alcoólica:

- O uso prejudicial de bebidas alcoólicas consiste em um padrão de uso de álcool que causa danos à saúde. O dano pode ser físico ou mental (por exemplo, episódios de transtornos depressivos após o consumo de grandes quantidades de bebidas alcoólicas).
- A dependência alcoólica é um padrão de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após o uso repetido de substâncias e, geralmente, inclui um forte desejo de consumir bebidas alcoólicas, dificuldade em controlar seu uso, persistir no uso apesar das consequências prejudiciais, uma prioridade maior dada ao uso de bebidas alcoólicas que a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e, às vezes, estado de abstinência física.

Prevenção primária

As opções de política para a prevenção primária de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas podem ser classificadas em duas categorias sobrepostas: pública e institucional.[25] Alguns exemplos incluem a redução da disponibilização de bebidas alcoólicas por meio de políticas de controle do álcool (por exemplo, o aumento dos impostos, criação de leis para idade legal para o consumo de bebidas alcoólicas, horário de venda) focadas na redução de problemas relacionados ao álcool (por exemplo, acidentes de trânsito, cirrose hepática, violência).[25] Essas estratégias, juntamente com propagandas de proibição de bebidas alcoólicas, mostraram ser eficazes na redução dos danos relacionados ao álcool.[26]

Em adolescentes, as intervenções familiares têm efeito baixo na redução da iniciação alcoólica e na frequência do uso de bebidas alcoólicas; no entanto, essa abordagem tem se mostrado consistente e eficaz mesmo após 48 meses.[27]

Intervenções realizadas via Internet, destinadas a reduzir o consumo de álcool, foram mais eficazes que as intervenções de controle até 12 meses após a intervenção.[28]

O rastreamento de rotina em ambientes de atenção primária levando a intervenções precoces por profissionais da saúde demonstrou eficácia na redução do uso de bebidas alcoólicas e nas consequências relacionadas em pessoas que se tornam perigosas ao beber/que abusam de bebidas alcoólicas.[29] 1[A]Evidence Em um estudo, o rastreamento, uma breve intervenção e encaminhamento para tratamento com enfermeiros do pronto-socorro resultou na diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e em menos visitas ao pronto-socorro.[30]

Rastreamento

O diagnóstico precoce de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas pode ajudar os médicos a iniciarem o tratamento imediatamente, a fim de diminuir o impacto das complicações emocionais, clínicas, ocupacionais, financeiras e sociais associadas. O rastreamento dos problemas com o bebidas alcoólicas pode ser realizado por médicos em vários momentos do processo de oferecimento dos serviços de saúde:

- Como parte de um exame de rotina
- Antes de prescrever um medicamento que interaja com bebidas alcoólicas
- No pronto-socorro (sobretudo com quadros clínicos subsequentes a trauma/lesões, violência)
- Durante a gestação
- Quando existirem problemas de saúde que possam ser induzidos pelo álcool (por exemplo, arritmia cardíaca, dispepsia, doença hepática, hipertensão, depressão, ansiedade, insônia, trauma).

Reunir a história médica junto com um cuidadoso exame físico pode ser suficiente para identificar problemas relacionados a bebidas alcoólicas. Alguns marcadores laboratoriais também podem ser úteis, tais como testes da função hepática (gama-glutamilttransferase, alanina aminotransferase, aspartato transaminase), perfil lipídico, ácido úrico e volume corpuscular médio.

Um questionário específico que pode ser usado para rastrear pessoas com problemas com bebidas alcoólicas é o teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT).[34] O AUDIT é particularmente sensível na identificação de problemas menos graves com o consumo de bebidas alcoólicas.[35] O teste foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e consiste em 10 perguntas relacionadas ao consumo de álcool, ao comportamento em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, às reações adversas e aos problemas relacionados ao álcool.[34]

[VIDEO: Questionário AUDIT para rastreamento do consumo de álcool]

Prevenção secundária

Orientar o paciente a evitar quaisquer fatores desencadeantes identificados do uso de álcool (por exemplo, antigos parceiros de consumo de bebida alcoólica, locais de consumo de bebida alcoólica, atividades associadas ao uso de álcool). Incentivar o envolvimento com os Alcoólicos Anônimos (AA) e outros grupos de apoio apropriados. [\[Alcoholics Anonymous\]](#)

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 35 anos de idade, divorciado e desempregado, apresenta tremores (sobretudo nos braços), cefaleia e náuseas. Ele parece agitado e ansioso. Geralmente, ele bebe 8 a 10 cervejas mais meio copo de uísque todos os dias, mas parou de beber no dia anterior pela falta de dinheiro para comprar bebidas alcoólicas. Ele fuma 20 cigarros por dia há 15 anos. Ele também vem sendo tratado para depressão e recebeu prescrição de um antidepressivo, o qual não vem tomando. Ele relata ter começado a beber regularmente na faculdade aos 18 anos de idade. Ele também usou maconha na faculdade, mas não usa esta substância há muitos anos. Há aproximadamente 3 anos, ele foi hospitalizado com síndrome de abstinência alcoólica. Após esse episódio, ele recebeu aconselhamento ambulatorial. Em seguida, ele se absteve de bebidas alcoólicas por 12 meses. Teve uma recaída e aumentou gradativamente seu consumo diário de bebidas alcoólicas nos últimos 2 anos. Ele tentou parar de beber duas vezes nos últimos meses, mas retomou o uso de bebidas alcoólicas quando percebeu que não conseguia suportar os sintomas da abstinência.

Caso clínico #2

Um homem solteiro de 45 anos de idade chega ao pronto-socorro depois de cair do telhado que estava consertando. Ele fraturou a tíbia direita e torceu gravemente ambos os tornozelos. A enfermeira da recepção sente cheiro de bebidas alcoólicas em seu hálito e pede um exame de sangue, que mostra um nível de 230 mg/dL. O paciente admite ter tomado "algumas cervejas", mas nega estar intoxicado e relata ter escorregado nas telhas molhadas. Ele afirma beber um fardo de 6 cervejas por dia, após o trabalho, e mais ainda nos finais de semana. Geralmente, ele bebe após o jantar e cai no sono. Ele nega que o álcool seja um problema, afirmando nunca ter perdido um dia de trabalho por causa do consumo de bebidas alcoólicas e ter conseguido parar por até uma semana sem problema algum. No entanto, ele admite ter ressacas horríveis nas manhãs das segundas-feiras, já ter tido blackouts (episódios amnésicos induzidos pela bebida alcoólica) e ter sido detido por dirigir intoxicado.

Outras apresentações

O uso crônico de bebidas alcoólicas está associado a uma variedade de condições clínicas e psiquiátricas. É comum ocorrer distúrbios gastrointestinais com o consumo de bebidas alcoólicas. Esofagite e úlcera péptica (pirose) podem ser marcadores do consumo regular de bebidas alcoólicas. A cirrose hepática de Laennec ocorre em cerca de 5% a 10% dos alcoólicos. Hipertensão e taquicardia também são sequelas comuns da ingestão e da abstinência de bebidas alcoólicas. Uma elevação de 20 a 30 mmHg na pressão arterial sistólica e de 10 a 20 mmHg na pressão arterial diastólica sobre a linha basal é comum em transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Isso geralmente reverte ao normal após várias semanas de abstinência, sem terapia anti-hipertensiva específica. Por fim, transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas ocorrem com diversos transtornos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline, transtorno de pânico e transtorno do estresse pós-traumático.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os problemas relacionados ao álcool são uma fonte significativa de morbidade e mortalidade. A identificação precoce do padrão de uso problemático e a intervenção oportuna podem diminuir tais efeitos adversos. O rastreamento do consumo de álcool de forma rotineira pode ajudar os médicos a identificarem e tratarem transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. A história característica e os achados dos exames geralmente são suficientes para diagnosticar o uso problemático de bebidas alcoólicas. Exames laboratoriais podem ser úteis para fornecer evidências confirmatórias.

Categorias do diagnóstico

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) substitui os diagnósticos anteriores do DSM-IV-TR de dependência e abuso de álcool por um único diagnóstico de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, com gravidade definida como leve, moderada ou grave. Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados e graves correspondem a dependência alcoólica, e transtornos leves, a abuso de álcool. A diferença entre as gravidades depende do número de critérios de diagnóstico compartilhados atendidos: 2 a 3 critérios, para leve; 4 a 5, para moderada; e 6 ou mais, para grave. Os critérios da DSM-5 (compostos principalmente por critérios anteriores do DSM-IV-TR para abuso de álcool e dependência alcoólica combinados) incluem:[1]

- Uso de bebidas alcoólicas em quantidades maiores ou por um período mais longo que o planejado
- Desejo persistente ou tentativas malsucedidas para diminuir ou controlar o uso de bebidas alcoólicas
- Tempo significativo gasto em atividades necessárias para a obtenção ou consumo de bebidas alcoólicas ou para recuperação de seus efeitos
- Fissuras pelo consumo de bebidas alcoólicas
- Uso recorrente que impossibilita o cumprimento de obrigações importantes da função em casa, no trabalho ou na escola
- Uso contínuo de bebidas alcoólicas apesar dos problemas sociais ou interpessoais causados ou agravados pelo álcool
- Redução ou abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes em decorrência do uso de bebidas alcoólicas
- Uso recorrente de bebidas alcoólicas em situações perigosas
- Uso de bebidas alcoólicas, apesar da consciência de que o álcool provavelmente causa ou agrava problemas físicos ou psicológicos
- Tolerância fisiológica (necessidade de maiores doses de bebidas alcoólicas para atingir o mesmo efeito, ou menos efeito com a mesma quantidade de bebidas alcoólicas)
- Abstinência (síndrome característica de abstinência alcoólica ou uso de bebidas alcoólicas ou substâncias semelhantes para evitar sintomas de abstinência).

Embora não diretamente especificado pelos critérios de diagnóstico, o transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas, sobretudo quando crônico e grave, pode também estar associado a uma variedade de sequelas clínicas e psiquiátricas.

Outras categorias comumente mencionadas de problemas com o consumo de bebidas alcoólicas incluem:

- Consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas. Esse padrão de consumo de bebidas alcoólicas é indicado por uma pontuação de 8 ou mais no teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT, confira abaixo).
- Uso prejudicial de bebidas alcoólicas (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição [CID-10]). Esse uso causa danos físicos ou mentais, na ausência de dependência.
- Síndrome da dependência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, geralmente, só se deve estabelecer o diagnóstico definitivo de dependência se 3 ou mais dos seguintes fatores estiveram presentes juntos, em algum momento, durante o ano anterior:[31]
 - Forte desejo ou sensação de compulsão por ingerir a substância
 - Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término ou quantidade consumida
 - Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância tiver cessado ou tiver sido reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica ou pelo uso da mesma substância (ou outra estreitamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência
 - Evidências de tolerância, de tal forma sejam necessárias doses maiores da substância psicoativa para obter os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes)
 - Preocupação com o uso de substâncias, com indiferença progressiva por prazeres ou interesses alternativos por causa do uso de substâncias psicoativas, ou aumento do tempo gasto na obtenção e no consumo da substância ou na recuperação dos efeitos
 - Uso persistente de substâncias, apesar de evidências claras de consequências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado por excesso de bebida, estados de humor depressivo após períodos de uso intenso da substância, ou comprometimento da função cognitiva relacionado a drogas; é necessário empenho para determinar se o usuário estava realmente ciente da natureza e da extensão dos danos.
- Exceder as diretrizes sobre o consumo de bebidas alcoólicas considerado de baixo risco. Os Chief Medical Officers do Reino Unido recomendam, para homens e mulheres, não beber mais de 14 unidades de álcool por semana, regularmente, a fim de minimizar os riscos do álcool para a saúde. Para pessoas que bebem regularmente até 14 unidades por semana, o melhor é distribuir o consumo uniformemente ao longo de 3 ou mais dias. O número de unidades consumidas depende da quantidade e do teor alcoólico da bebida: para um vinho com 14% de álcool por volume (APV), uma taça de 175 mL contém 2.5 unidades; uma caneca de cerveja de 4.8% APV contém 2.7 unidades.[13] [\[UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines\]](#)

História/entrevista

Uma entrevista diagnóstica usando os critérios do DSM-5 pode ser suficiente para se fazer um diagnóstico de dependência alcoólica.[1] A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID)[32] pode auxiliar na avaliação do diagnóstico. Ela pode ser realizada por médicos e não médicos. Pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas apresentarão padrões de uso compulsivo, e geralmente relatarão tolerância aos efeitos do álcool e sintomas de abstinência nos momentos de menor uso.

Para obter informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas em uma determinada pessoa, muitos médicos geralmente perguntam sobre a quantidade e a frequência, com perguntas como "quanto?" e "com que frequência?". Esses tipos de perguntas, no entanto, podem não ser confiáveis para a detecção de abuso ou dependência de substâncias. Um método mais eficaz de entrevista investiga se a pessoa já experimentou consequências sociais ou comportamentais prejudiciais decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas ou se tem pouco controle sobre seu uso. Um exemplo de questionário bem validado e altamente sensível e específico para o rastreamento de problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas é o AUDIT.[33] Essa entrevista tem 10 perguntas e foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, tendo sido traduzida para muitos idiomas diferentes.[34]

[VIDEO: Questionário AUDIT para rastreamento do consumo de álcool]

A pontuação de 8 a 15 indica consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas, de 16 a 19, consumo nocivo de álcool, e ≥ 20 , dependência alcoólica. Uma versão mais reduzida do teste, com 3 perguntas, o AUDIT-C, também mostrou ser sensível e específica para o rastreamento de problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas em diversos ambientes médicos.[35]

As histórias médicas de pessoas com uso problemático e dependência podem revelar inapetência, náuseas, vômitos, dor abdominal, hematemese, sensibilidade ou câibra muscular ou parestesias. Além disso, até 70% das pessoas dependentes de álcool são dependentes de nicotina.[36] Problemas cotidianos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas também estão geralmente presentes, incluindo problemas sociais, econômicos, legais e psicológicos.

Exame físico

A medição dos sinais vitais pode revelar taquicardia e/ou hipertensão. Os pacientes podem apresentar diversas características gerais, incluindo sobrepeso, aumento da proeminência da vasculatura cutânea superficial, neuropatia periférica, alterações da dentição normal e halitose.

- Uma vez verificados danos hepáticos significativos, outras características podem estar presentes, tais como subpeso/anorexia, icterícia, sensibilidade à palpação aumento ou diminuição do tamanho do fígado e ascite.
- Pode haver a presença de indicadores de danos neurológicos relacionados ao uso de álcool. Eles podem incluir alterações sensoriais (neuropatia periférica, sobretudo nos membros inferiores), sensibilidade muscular à palpação (miopatia) e marcha de base ampla.

Para pacientes com valores de sinais vitais elevados e um período recente de diminuição do uso de bebidas alcoólicas, indica-se a realização de uma avaliação da abstinência. O CIWA-Ar é um instrumento de avaliação padrão utilizado para quantificar a gravidade dos sintomas da abstinência alcoólica.[37] [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA- Ar)] Os pacientes com pontuação de 8 a 10 ou superior no CIWA-Ar geralmente são tratados com agentes farmacológicos (benzodiazepínicos) a fim de diminuir a intensidade da síndrome de abstinência alcoólica.

Exames laboratoriais

Não há exames laboratoriais que diagnostiquem a dependência alcoólica. No entanto, vários testes podem ser úteis na identificação de sequelas relacionadas a bebidas alcoólicas e para acompanhar o progresso do paciente.

- A medida dos níveis de álcool (etanol) no sangue, hálito ou outros fluidos corporais pode fornecer informações sobre as atuais concentrações de álcool no sangue.[38] Uma alta concentração de álcool no sangue (por exemplo, >200 mg/dL) com sinais mínimos de intoxicação pode indicar tolerância aos efeitos de bebidas alcoólicas, mas por si só não permite diagnosticar a dependência.
- Diversos testes podem identificar a exposição cumulativa a bebidas alcoólicas durante longos períodos de tempo.[39]
- Os testes de função hepática (alanina aminotransferase, aspartato transaminase e gama-glutamilttransferase) são úteis na avaliação dos danos hepáticos devidos ao consumo de bebidas alcoólicas. A gama-glutamilttransferase elevada, em particular, está relacionada ao consumo de álcool, e às vezes é usada para monitorar o comportamento em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.
- O hemograma completo pode avaliar a supressão da medula óssea relacionada a bebidas alcoólicas, principalmente a macrocitose.
- Os testes de etilglicuronídeo na urina, realizados através de uma cromatografia líquida-espectrometria de massa, podem detectar níveis bem pequenos de álcool na urina vários dias após o consumo, mas o uso acidental de produtos que contêm álcool (por exemplo, produtos de limpeza para as mãos, cosméticos etc.) pode levar a falso-positivos e, por este motivo, o Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, Agência de Serviços em Abuso de Substâncias e Saúde Mental dos Estados Unidos) elaborou um informe a respeito da sua utilidade clínica.[40]
- Dentre esses exames, o mais sensível é o teste de transferrina deficiente em carboidrato (TDC) para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O TDC utiliza a inibição do álcool da transferência de açúcares para as glicoproteínas.[39] O TDC é menos sensível nas mulheres.

Fatores de risco

Fortes

história familiar de alcoolismo

- Embora não se saiba com exatidão o que é hereditário, está bem estabelecido que o alcoolismo ocorre com mais frequência em pessoas com história familiar de alcoolismo.[17] Filhos de homens que sofrem de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas têm 4 a 7 vezes mais probabilidade de desenvolverem transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas que filhos de pais não alcoólicos. O efeito da história familiar nas mulheres é menos estudado, mas também parece causar um aumento do risco de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

comportamento antissocial (pré-mórbido)

- Descobriu-se que o comportamento antissocial pré-mórbido prediz o alcoolismo, sobretudo em indivíduos com início precoce de alcoolismo.[18] [19] [20]

alto nível de ansiedade-traço

- A ansiedade-traço elevada aumenta substancialmente o risco de dependência alcoólica.[21] A presença de fobia social ou transtorno de pânico está associada a maior risco de evoluir para transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

Fracos

ausência de rubor facial mediante exposição a bebidas alcoólicas

- O risco de alcoolismo é reduzido em indivíduos que demonstram rubor facial induzido por bebidas alcoólicas. O rubor se deve a um acúmulo de acetaldeído, um metabólito tóxico do álcool, em pessoas portadoras de um gene de uma versão da enzima aldeído desidrogenase que metaboliza o acetaldeído mais lentamente. O gene é comum em algumas populações da Ásia Oriental. Uma variante menos potente (em termos de capacidade de metabolização do acetaldeído reduzida) foi encontrada em algumas populações de raça branca.[22]

baixa responsividade aos efeitos das bebidas alcoólicas

- Descobriu-se que a baixa responsividade aos efeitos do álcool (ou seja, tolerância elevada) prediz a incidência de desfecho alcoólico (abuso de álcool e dependência alcoólica) em um estudo de acompanhamento.[23] Foi formulada a hipótese de que indivíduos com uma baixa resposta às bebidas alcoólicas sentem necessidade de consumir mais para sentir seus efeitos e, logo, têm maior probabilidade de desenvolver transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

história de bypass gástrico

- O risco de alcoolismo é aumentado em indivíduos após cirurgia bariátrica para corrigir obesidade. Consumo de álcool, problemas com álcool e abuso de álcool são aumentados após bypass gástrico e gastroplastia vertical com banda.[24]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco para o desenvolvimento da dependência alcoólica incluem história familiar de alcoolismo,[17] comportamento antissocial pré-mórbido,[18] [19] [20] alto nível de traço de ansiedade,[21] ausência de rubor facial mediante exposição a bebidas alcoólicas[22] e baixa resposta aos efeitos das bebidas alcoólicas.[23]

coito interrompido (comum)

- Este é um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central que se desenvolve quando o uso de bebidas alcoólicas é reduzido drasticamente ou interrompido repentinamente. Aumento da atividade autonômica, agitação e nervosismo são sintomas comuns. Convulsões generalizadas e um estado de confusão (delirium) são observados em casos mais graves da abstinência alcoólica. A abstinência alcoólica pode ocorrer em um paciente com álcool ainda presente no sangue, inclusive com níveis relativamente altos, se estes representarem uma redução dos níveis sanguíneos habituais daquele indivíduo.

tolerância (comum)

- Esta é uma adaptação em que o sistema nervoso central se torna menos responsivo à presença crônica de álcool. Tanto os efeitos agradáveis quanto os prejudiciais (por exemplo, baixa coordenação e sedação) do álcool são atenuados em resposta ao consumo crônico de bebidas alcoólicas, que pode levar ao aumento do consumo de álcool por uma pessoa que esteja procurando replicar os efeitos agradáveis iniciais experimentados com o uso de álcool.

aumento/diminuição do tamanho do fígado, icterícia, ascite (comum)

- Esses sinais são indicadores de doença hepática significativa relacionada a bebidas alcoólicas. Os danos no fígado são muito comuns em pessoas que sofrem de abuso de álcool; eles podem se apresentar de diversas formas (por exemplo, esteatose, hepatite crônica e aguda, cirrose hepática).[49]

Outros fatores de diagnóstico

comorbidade de dependência de nicotina (comum)

- Há um alto nível de dependência de nicotina como comorbidade em pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.[36] Aproximadamente 70% dos pacientes dependentes de bebidas alcoólicas são dependentes de nicotina, frente a 25% da população adulta geral.

problemas sociais, econômicos, legais ou psicológicos (comum)

- Essas características podem ter particular importância quando presentes em adolescentes considerados de risco elevado para problemas com bebidas alcoólicas e drogas.[41]

náuseas, vômitos, dor abdominal, hematêmese (comum)

- Possíveis indicadores de gastrite e/ou pancreatite relacionados ao álcool. O álcool é uma das duas principais etiologias da pancreatite aguda.[42]

cãibras musculares, dor, sensibilidade, percepção sensorial alterada (comum)

- A neuropatia periférica é um achado comum em pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Ela geralmente está relacionada ao estado de desnutrição (deficiência de tiamina) desses pacientes, e costuma ser mais proeminente nos membros inferiores.

hipertensão e taquicardia (comum)

- Sequelas comuns da ingestão e da abstinência alcoólicas. Uma elevação de 20 a 30 mmHg acima da linha basal na pressão arterial sistólica e de 10 a 20 mmHg acima da linha basal na pressão arterial diastólica é comum em transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Elevações mais pronunciadas também são observadas na síndrome de abstinência.
- A pressão arterial geralmente reverte para valores normais após várias semanas de abstinência, sem terapia anti-hipertensiva específica.[43]

estado nutricional comprometido (comum)

- Tanto o sobrepeso quanto o subpeso podem ser sinais de abuso crônico de álcool. A redução da massa adiposa está relacionada às alterações metabólicas induzidas pelo álcool (aumento de peroxidação lipídica[44]); o retorno a um estado metabólico normal parece requerer pelo menos 3 meses de abstinência total.[45] Sugere-se também que diferentes tipos de bebidas alcoólicas[46] e alguns hormônios[47] [48] podem desempenhar algum papel nessas alterações.

manifestações cutâneas (comum)

- As possíveis manifestações cutâneas do alcoolismo incluem aumento da vasculatura cutânea superficial, reações urticárias, porfiria cutânea tardia, rubor, estigmas cutâneos de cirrose, psoríase, prurido, dermatite seborreica e rosácea.[50]

alterações na higiene dental normal (comum)

- As medidas de patologia dental (incluindo perda de dente, cárie dentária e doença periodontal) correlacionam-se significativamente com indicadores relacionados ao álcool, sobretudo em homens que sofrem de abuso de álcool.[51]

marcha de base ampla (incomum)

- A degeneração cerebelar pode ocorrer em pessoas com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Ela pode ocorrer como resultado do efeito tóxico direto do álcool e/ou de deficiência nutricional (tiamina).

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
entrevista diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> • A entrevista diagnóstica usa os critérios do DSM-5 (ou CID-10) para estabelecer o diagnóstico de transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas.[1] [3] • Além disso, completar um questionário validado (por exemplo, o teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool [AUDIT]) fornecendo informações sobre os hábitos e as consequências do uso de álcool pode ajudar no processo de diagnóstico.[34] [35] <p>[VIDEO: Questionário AUDIT para rastreamento do consumo de álcool]</p> <ul style="list-style-type: none"> • A gravidade da dependência pode ser avaliada pelo questionário Severity of Alcohol Dependence. [Severity of Alcohol Dependence Questionnaire] 	<p>presença de pelo menos 2 dos 11 critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) no mesmo período de 12 meses indica um transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas</p>
nível de álcool (hálito e sangue) <ul style="list-style-type: none"> • Os aparelhos de medição no hálito não quantificam diretamente a concentração de álcool no sangue (CAS), mas oferecem uma estimativa da CAS. • Valores de CAS >200 mg/dL com comprometimento limitado podem indicar tolerância aos efeitos do álcool, mas não permitem diagnosticar transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Valores de CAS de 400 mg/dL são considerados letais em 50% dos adultos. 	<p>valores no intervalo de 50 a 100 mg/dL geralmente estão associados a alguns tipos de comprometimento no que diz respeito à memória, coordenação e cognição em usuários não dependentes</p>
Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol--revisado (CIWA-Ar) <ul style="list-style-type: none"> • O CIWA-Ar é um instrumento de avaliação padrão utilizado para quantificar a gravidade dos sintomas da abstinência alcoólica.[37] [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA- Ar)] • Aos pacientes com pontuação total de 8 a 10 ou superior são geralmente prescritos benzodiazepínicos a fim de diminuir a intensidade da síndrome de abstinência alcoólica. 	<p>≥8 a 10 indica a presença de sintomas significativos de abstinência alcoólica</p>

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
transferrina deficiente em carboidratos (CDT) <ul style="list-style-type: none"> • Teste altamente sensível para consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o TDC utiliza a inibição do álcool da transferência de açúcares para as glicoproteínas.[39] Falso-positivos podem ser encontrados em pacientes com cirrose hepática. O TDC é menos sensível nas mulheres. 	aumento das concentrações encontradas no sangue após consumo regular e excessivo de álcool
gama-glutamilttransferase, alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST) <ul style="list-style-type: none"> • A gama-glutamilttransferase, em particular, está fortemente relacionada ao consumo de álcool e, às vezes, é usada para monitorar o comportamento em relação ao consumo de bebidas alcoólicas. • Esses testes não são sensíveis o suficiente para detectar abuso antes de que este resulte em comprometimento orgânico.[39] 	aumento dos valores da gama-glutamilttransferase, AST, ALT
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • O álcool tem efeitos supressores da medula óssea. 	Hb, Hct normais a baixos; plaquetopenia (<100,000 mm³)
etilglicuronídeo urinário <ul style="list-style-type: none"> • Os testes de cromatografia líquida-espectrometria de massa podem detectar níveis bastante baixos de álcool na urina vários dias após o consumo. No entanto, o uso acidental de produtos que contêm álcool (por exemplo, produtos de limpeza para as mãos, cosméticos etc.) pode levar a resultados falso-positivos, o que levou a agência Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Agência de Serviços em Abuso de Substâncias e Saúde Mental dos Estados Unidos) a elaborar um informe a respeito da sua utilidade clínica.[40] 	elevado

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Outros transtornos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas (incluindo intoxicação/abstinência) podem ser confundidos com sintomas de outros transtornos psiquiátricos. Além disso, vários transtornos psiquiátricos (por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do estresse pós-traumático [TEPT]) podem ser comórbidos com abuso de álcool e dependência. A diferenciação dos sinais e sintomas depende do tipo de transtorno psiquiátrico presente. Geralmente é difícil obter um diagnóstico definitivo. Pode ser necessária observação ao longo de dias, semanas ou meses a fim de se estabelecerem diagnósticos psiquiátricos subjacentes em pessoas que continuam o uso ativo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> Critérios do DSM-5 ou CID-10 para transtornos psiquiátricos não relacionados ao uso de substâncias.[1] [3]
Outros transtornos relacionados ao uso de substâncias (especialmente sedativos)	<ul style="list-style-type: none"> Substâncias sedativas ou medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides) podem ter efeitos significativamente mais duradouros que o álcool. O uso de tais substâncias com álcool pode representar um risco significativo de complicações por overdose (estupor, coma, depressão respiratória). 	<ul style="list-style-type: none"> Critérios do DSM-5 ou CID-10 para transtornos relacionados ao uso de outras substâncias que não o álcool.[1] [3] Exames toxicológicos de urina e/ou de sangue indicam a presença de outras substâncias.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[1] [52]

O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é definido como um padrão problemático de uso de álcool causando deficiência ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 2 ou mais dos seguintes critérios no mesmo período de 12 meses:

- Uso de bebidas alcoólicas em quantidades maiores ou por um período mais longo que o planejado
- Desejo persistente ou tentativas malsucedidas para reduzir ou controlar o uso de bebidas alcoólicas
- Tempo significativo gasto na obtenção e no consumo de bebidas alcoólicas e na recuperação de seus efeitos
- Fissuras pelo consumo de bebidas alcoólicas
- Uso recorrente de bebidas alcoólicas que impossibilita o cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa
- Uso recorrente de bebidas alcoólicas apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou agravados pelo álcool
- Uso recorrente de bebidas alcoólicas apesar dos problemas físicos ou psicológicos, persistentes ou recorrentes, causados ou agravados pelo álcool
- Abandono ou evitação de atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes decorrente do uso de bebidas alcoólicas
- Uso recorrente de bebidas alcoólicas em situações perigosas
- Tolerância: são necessárias quantidades notadamente mais elevadas de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, ou o uso continuado da mesma quantidade de álcool atinge um efeito notadamente menor
- Abstinência: existe a presença da síndrome de abstinência alcoólica característica, ou o álcool é ingerido para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

A gravidade é especificada com base no número de critérios atendidos: transtorno leve decorrente do uso de bebidas alcoólicas quando 2 a 3 critérios são atendidos, transtorno moderado quando 4 a 5 critérios são atendidos e transtorno grave quando 6 ou mais critérios são atendidos. A remissão é especificada quando nenhum critério, excetuando-se desejos, é atendido por no mínimo 3 meses (remissão precoce) ou 12 meses (remissão sustentada).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10)[3] [52]

O uso prejudicial de bebidas alcoólicas consiste em um padrão de uso de álcool que causa danos à saúde. O dano pode ser físico ou mental (por exemplo, episódios de transtornos depressivos após o consumo de grandes quantidades de bebidas alcoólicas). Isso não pode ser diagnosticado se os critérios para a dependência alcoólica forem atendidos.

A dependência alcoólica é diagnosticada quando pelo menos 3 dos seguintes critérios estiveram presentes simultaneamente em algum momento durante o ano anterior:

- Forte desejo ou sensação de compulsão para consumir bebidas alcoólicas
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir bebidas alcoólicas, em termos de início, término ou níveis de uso
- Um estado de abstinência fisiológica quando o uso de bebidas alcoólicas tiver cessado ou tiver sido reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica ou pelo uso de bebidas alcoólicas para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência

- Evidência de tolerância aos efeitos de bebidas alcoólicas, de modo que há a necessidade de aumentar as doses a fim de atingir os mesmos efeitos
- Negligência progressiva de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de álcool, muito tempo gasto na obtenção ou consumo de bebidas alcoólicas, ou na recuperação de seus efeitos
- Uso persistente de bebidas alcoólicas apesar das claras evidências de consequências evidentemente prejudiciais relacionadas ao seu uso.

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revisado (CIWA-Ar)[37] [53] [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA- Ar)]

O CIWA-Ar é um instrumento de avaliação padrão para quantificar a gravidade dos sintomas da abstinência alcoólica.[37] Os pacientes com pontuação de 8 a 10 ou superior no CIWA-Ar devem ser tratados com agentes farmacológicos a fim de diminuir a intensidade da síndrome de abstinência alcoólica.[37] [54]

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento para transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas consiste em intervenções clínicas, psicológicas e sociais a fim de reduzir ou eliminar os efeitos prejudiciais das bebidas alcoólicas no indivíduo, em sua família e com colegas de trabalho, bem como na sociedade. O tratamento geralmente consiste nos seguintes componentes:

- Avaliação e aconselhamento clínico
- Desintoxicação: remoção do álcool do corpo e tratamento de quaisquer sintomas de abstinência associados
- Reabilitação e pós-tratamento: medidas clínicas, psicológicas e sociais para ajudar o paciente a evitar o uso de bebidas alcoólicas.

A desintoxicação pode ou não ser necessária, dependendo da intensidade da dependência, mas a avaliação e o aconselhamento clínico são sempre necessários. A reabilitação e o pós-tratamento são necessários para pessoas com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados a graves.

Abordagens e objetivos do tratamento para abuso de substâncias

O tratamento para transtornos decorrentes do uso de substâncias varia de métodos bastante econômicos e menos intensivos (por exemplo, breve aconselhamento para interromper o consumo de bebidas alcoólicas ou o uso de drogas e programas de autoajuda) a métodos mais caros e mais intensos (por exemplo, desintoxicação de pacientes hospitalizados e programas de reabilitação). Há diversas abordagens em relação ao tratamento, sendo a clínica/biológica e a espiritual/religiosa as mais comumente empregadas.

Os objetivos do tratamento podem variar desde buscar a abstinência total do álcool até trabalhar com o paciente para atingir um consumo controlado de bebidas alcoólicas. Para pacientes com leves transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas/consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas, o objetivo deve ser a redução do uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Para pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados a graves, o objetivo ideal do tratamento é auxiliar o paciente no estabelecimento de um estado livre de álcool. Caso não obtenha a abstinência total, uma redução significativa do uso de bebidas alcoólicas já será benéfica ao paciente.

Uso problemático de bebidas alcoólicas e transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas leve

Muitas vezes, pessoas com padrões de uso problemático de bebidas alcoólicas que não atendem aos critérios de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas (por exemplo, os que atendem a apenas um dos critérios de diagnóstico), bem como pessoas com transtornos leves decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, podem ser tratadas com breves intervenções médicas e/ou aconselhamento médico. Em algumas áreas, é possível aplicar intervenções breves por conselheiros ou psicólogos devidamente qualificados em assuntos referentes ao consumo de álcool.

Intervenções rápidas podem consistir em uma ou mais sessões no consultório do médico ou em ambiente hospitalar (por exemplo, pronto-socorro ou unidade de internação), nas quais são fornecidas informações, de forma empática e com caráter de apoio, sobre o uso de álcool pelo paciente e suas consequências. Idealmente, o paciente e o médico desenvolvem juntos um plano para reduzir ou eliminar o uso de bebidas alcoólicas. No geral, um número maior de sessões de intervenção é mais eficaz. Em um estudo, descobriu-se que 10 sessões são mais eficazes que uma única sessão na redução da

frequência e da quantidade do consumo de bebidas alcoólicas.[55] Em um estudo de seis metanálises e uma revisão sistemática, intervenções breves propiciaram uma redução moderada no consumo de álcool em etilistas pesados, e o número elevado de sessões ou visitas de acompanhamento produziu mais benefícios.[56] No entanto, um ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC), realizado com mais de 800 indivíduos, mostrou redução no consumo de bebidas alcoólicas e nas consequências relacionadas a tal consumo (por exemplo, incidentes por direção sob influência de bebidas alcoólicas ou lesões relacionadas ao álcool) em menores de idade que consomem álcool após uma única e breve sessão de intervenção realizada por um terapeuta ou computador.[57] Um meio formal de avaliar a eficácia do plano e as visitas de acompanhamento com o médico devem fazer parte do plano.[58] 2[A]Evidence

Breves intervenções no pronto-socorro aumentam as tentativas de interromper o consumo de bebidas alcoólicas e promovem diminuição do consumo em situações de risco em adolescentes e adultos com uso problemático de álcool.[59] Em uma metanálise de 22 ECRCs, intervenções breves reduziram o consumo de bebidas alcoólicas em homens, mas os dados que demonstram a eficácia em mulheres foram insuficientes.[60] Um ECRC, realizado com quase 900 pacientes, demonstrou diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do hábito de beber e dirigir em pessoas que receberam intervenções breves realizadas por um médico no pronto-socorro.[61] Em uma revisão de 6 metanálises e 1 revisão sistemática, intervenções breves reduziram o uso de bebidas alcoólicas, principalmente entre indivíduos que bebem quantidades excessivas de álcool.[56]

Entrevistas motivacionais, uma técnica que ajuda o paciente a identificar e utilizar seus próprios recursos de tratamento, são eficazes para engajar os pacientes no tratamento e reduzir o uso de substâncias que causam dependência.[62]

Um ECRC multicêntrico realizado no contexto de serviços de trauma demonstrou melhora em várias medidas do consumo de bebidas alcoólicas em até 12 meses para pacientes que receberam acompanhamento com uma ligação telefônica de reforço em associação com entrevista motivacional breve, em comparação com os pacientes que receberam apenas a entrevista.[63]

Geralmente, os pacientes são acompanhados para rastrear o uso de álcool; exames laboratoriais podem ser obtidos para fornecer evidências de efeitos físicos do uso de álcool e para acompanhar os esforços para reduzir ou eliminar o uso.

Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados a graves

Tratamento para abstinência alcoólica (desintoxicação)

- As pessoas com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados a graves podem ter sintomas significativos de abstinência alcoólica na redução ou cessação do uso de álcool. O Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revisado (CIWA-Ar) é um instrumento padrão utilizado para determinar a gravidade da síndrome de abstinência alcoólica (SAA).[53] [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA- Ar)] As pessoas com pontuação total de 8 a 10 ou superior recebem prescrição de benzodiazepínicos para reduzir a intensidade da SAA.[37] [54]
- Pessoas com história de abstinência alcoólica complicada por convulsões e/ou delirium tremens são tratadas em ambientes hospitalares e têm complicações dos fatores clínicos, psiquiátricos ou psicossociais. Pessoas sem história de abstinência alcoólica complicada ou outros fatores complicadores podem ser desintoxicadas em um ambiente ambulatorial onde haja monitoramento

clínico disponível. Independente do ambiente, o objetivo geral do tratamento da SAA é facilitar a admissão de pacientes em programas de tratamento para pacientes ambulatoriais residenciais de longo prazo/pacientes ambulatoriais intensivos, a fim de ajudá-los a iniciar e manter um período estendido de abstinência.[15] [16] [64]

Intervenções psicossociais

- As abordagens não farmacológicas podem ser úteis para todos esses pacientes, já que elas fornecem estratégias para ajudar os pacientes a evitar o retorno do uso de bebidas alcoólicas, melhorar a autoeficácia e reduzir o impacto dos estressores que podem desencadear a recidiva. Idealmente, tais tratamentos são fornecidos em um ambiente com avaliação e manejo clínico e psiquiátrico e apoio psicológico prontamente disponível, se necessário.
- Os programas de dependência para pacientes ambulatoriais e pacientes ambulatoriais intensivos geralmente incluem sessões programadas de tratamento para uma ou duas vezes por semana a várias vezes na semana, com tratamento estendido para várias semanas a meses (ou mais). As intervenções fornecidas podem incluir terapias cognitivo-comportamentais (para auxiliar os pacientes a lidar com as ideias de voltar a consumir bebidas alcoólicas e crenças negativas), estratégias de aconselhamento (prevenir a recidiva, lidar com os estressores, criar relações benéficas) e encaminhar os pacientes a grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA).[2] [65] [66] No entanto, em uma metanálise de 6 estudos, a adição de terapia cognitivo-comportamental manualizada não aumentou as taxas de recidiva quando adicionada à terapia com naltrexona.[67]
- O AA, fundado em 1939, é o programa de autoajuda mais comum. Seu principal objetivo é ajudar os indivíduos a manter a abstinência total do álcool e outras substâncias que causam dependência. [Alcoholics Anonymous] Os programas de autoajuda, como o AA, podem oferecer um suporte adicional para muitos pacientes e seus familiares. Os pacientes que demonstrarem benefícios com o comparecimento a grupos de apoio devem ser encorajados a comparecer às reuniões do grupo por um período estendido; alguns pacientes podem se beneficiar desse comparecimento por tempo indeterminado. Em um grande ECRC, o AA melhorou os desfechos de consumo de bebidas alcoólicas, em grande parte por meio de melhoras nas mudanças de redes sociais adaptativas e na autoeficácia social.[68]
- Embora haja hipóteses de que o manejo de cuidados crônicos (incluindo manejo de caso, coordenação com a atenção primária, assistência de trabalho social, acesso expandido ao tratamento clínico e psiquiátrico e aconselhamento para a prevenção da recidiva) seja mais eficaz, ele não melhorou a abstinência autorrelatada em 12 meses nos pacientes que o receberam, em comparação com os pacientes que receberam atendimento na atenção primária e encaminhamentos para tratamento de abuso de substâncias.[69]

Prevenção da recidiva/melhora da abstinência: abordagens farmacológicas

Determinados medicamentos se mostraram eficazes na redução da compulsão (ou "fissura") para encontrar e usar álcool. A fissura geralmente é proeminente durante a abstinência alcoólica aguda, mas pode continuar presente após longos períodos de abstinência.[10] A compulsão por beber pode resultar em uma recidiva de "beber só uma dose", o que pode levar a um episódio de uso descontrolado do álcool.[10] Medicamentos antifissura propõem-se a agir nos sistemas neurobiológicos responsáveis por este fenômeno, embora os mecanismos exatos pelos quais esses medicamentos têm efeito sobre o consumo de álcool não estejam totalmente esclarecidos.[2] [52] [66] [70] [71] [72]

Apesar de sua eficácia comprovada, os tratamentos com medicamentos são relativamente pouco utilizados para os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.[73] O tratamento que combina o uso de intervenções psicossociais com farmacoterapia demonstrou melhora nos desfechos para indivíduos com dependência alcoólica, diferente do tratamento de modalidade única.[2] [66] [70] O tratamento combinado é atualmente considerado o padrão de cuidado para pacientes com dependência alcoólica.

Diversos medicamentos podem ser utilizados para a prevenção de recidiva/promoção da abstinência: naltrexona (oral ou injetável de ação prolongada), acamprosato e dissulfiram. Além disso, outros medicamentos, como o topiramato, a ondansetrona e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina, são atualmente utilizados "off-label" para determinados pacientes.

- A naltrexona é um antagonista de receptor opioide que pode ajudar a diminuir o uso de álcool atenuando seus efeitos gratificantes e reforçadores. Especificamente, a naltrexona bloqueia a estimulação do receptor opioide por opioides endogênicos e diminui a liberação de dopamina na área tegmental ventral.[74] Descobriu-se ser útil sobretudo em pacientes com história familiar de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados a graves e em indivíduos com fissura alcoólica significativa.3[B]Evidence Há novas evidências sugerindo que indivíduos alcoólicos com determinados genótipos de receptores mu-opioide respondem melhor a antagonistas opioides.4[B]Evidence Esse medicamento pode ser iniciado em pacientes que continuam consumindo bebidas alcoólicas, e geralmente é bem tolerado. A naltrexona pode desencadear a abstinência de opioides em usuários atuais ou recentes de opioides; ela geralmente não é iniciada em tais pacientes até que eles tenham ficado sem consumir opioides por vários dias. Embora se saiba que, no geral, os efeitos da naltrexona sejam modestos, uma revisão sistemática de 22 ECRCs demonstrou que isso pode ser parcialmente atribuído à baixa adesão terapêutica ao medicamento em muitos dos ensaios clínicos.[81] Há algumas evidências, obtidas em metanálises de regressão, de que pacientes mais gravemente dependentes de bebidas alcoólicas podem se beneficiar mais com o uso da naltrexona do que pessoas que consomem menos álcool.[82]

A naltrexona (injetável de ação prolongada) é apropriada para indivíduos que preferem a conveniência da dosagem mensal, para pacientes com história de baixa adesão a medicamentos, e para aqueles cujas circunstâncias de vida podem não permitir a administração rotineira de medicamento (por exemplo, indivíduos sem teto).[66] [71] Diferente da naltrexona oral, sobre a qual se relatou causar hepatotoxicidade, a formulação de ação prolongada não parece ser hepatotóxica em pacientes dependentes de álcool com consumo ativo de bebidas alcoólicas.[83] [84] Além disso, a formulação de depósito da naltrexona pode ter uso particular em pacientes com dependência alcoólica mais grave, diminuindo o consumo de álcool e aumentando a abstinência.[85]

- O acamprosato é um agente que normaliza o glutamato e os sistemas de neurotransmissores de ácido gama-aminobutírico no sistema nervoso central. Acredita-se que essas ações reduzam os sintomas contínuos associados à abstinência alcoólica (por exemplo, ansiedade, insônia) e a fissura. Uma revisão sistemática mostrou que o acamprosato, em conjunto com tratamentos comportamentais psicossociais, é eficaz na promoção da abstinência alcoólica em pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas que pararam de consumir bebidas alcoólicas.[86] 5[B]Evidence Em uma metanálise de 22 estudos, o acamprosato foi superior ao placebo no aumento das taxas de abstinência e na diminuição do consumo excessivo de

álcool, além de aumentar as taxas de finalização do tratamento e da adesão terapêutica ao medicamento.[87]

- O dissulfiram bloqueia a via catabólica do álcool inibindo a aldeído desidrogenase, aumentando, dessa forma, os níveis de acetaldeído que sucedem a ingestão de bebidas alcoólicas. A reação dissulfiram-álcool pode produzir diversos efeitos somáticos: sintomas vasomotores (rubor), sintomas cardiovasculares (taquicardia, hipotensão), sintomas digestivos (náuseas, vômitos, diarreia), cefaleia, depressão respiratória e mal-estar. Tais sintomas geralmente são temporários, mas podem ocorrer graves reações que requerem tratamento clínico urgente. O dissulfiram é prescrito para indivíduos que pretendem se abster do uso de álcool, agindo através do reforço negativo, a fim de promover a abstinência. Geralmente, os pacientes que estiverem tomando dissulfiram diariamente não irão consumir bebidas alcoólicas a fim de evitar os efeitos fisiológicos desagradáveis do acúmulo de acetaldeído. No entanto, a baixa adesão ao tratamento diário com dissulfiram tende a limitar a eficácia clínica dele em muitos pacientes, devendo-se dar atenção especial à possibilidade de hepatotoxicidade. A supervisão da administração do dissulfiram pelo cônjuge ou parceiro aumenta o sucesso do tratamento.
- O nalmefeno é estruturalmente semelhante à naltrexona e é também um antagonista competitivo no receptor mu-opioide. Ele foi aprovado na Europa para o tratamento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, além da reversão da superdosagem de opioides. Um ECRC demonstrou que ele é eficaz na redução de taxas de recidiva de 59% para 37%. [88] O nalmefeno deve ser administrado nos dias em que os pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas acham que consumirão bebidas alcoólicas, preferencialmente 1 a 2 horas antes do uso de bebidas alcoólicas (ou assim que possível se o paciente já começou a consumir bebidas alcoólicas). Ele já não está disponível nos EUA, e sua eficácia tem sido questionada com base em deficiências metodológicas dos ensaios clínicos.[89]

Ainda não há evidências suficientes para se recomendar uma solicitação específica de medicamentos. Um grande ensaio norte-americano (Projeto COMBINE) descobriu não haver benefícios decorrentes da combinação do acamprosato e da naltrexona.[75] Os medicamentos que previnem a recidiva podem ser continuados por semanas a meses ou mais tempo, caso melhorem os esforços do paciente na manutenção da abstinência. Os tratamentos com naltrexona (oral) e acamprosato mostraram resultados positivos em estudos de 12 a 16 semanas. Os tratamentos com naltrexona injetável mostraram benefícios em um período de 6 meses. Os estudos não estabeleceram intervalos de tempo absolutos para o uso desses medicamentos, e acredita-se que uma abordagem de prescrição flexível seja razoável. No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence recomenda o tratamento com naltrexona ou acamprosato por até 6 meses ou mais para pacientes que obtiverem benefício e desejarem continuar.[82]

A não adesão aos medicamentos pode ser um fator contribuinte significativo para a falta de eficácia de um regime de antifissura prescrito. Se houver suspeita de baixa adesão ao medicamento, é importante avaliar as razões para a não adesão e auxiliar o paciente a desenvolver planos direcionados a ele. Um resumo útil de estratégias para lidar com a não adesão é fornecido no Medical Management Treatment Manual (Manual para o tratamento e manejo clínico) do Projeto COMBINE.[75] [90] [Project COMBINE medical management treatment manual: a clinical research guide for medically trained clinicians providing pharmacotherapy as part of the treatment for alcohol dependence]

Integração das modalidades de tratamento

Foram desenvolvidos diversos procedimentos de tratamento passo a passo a fim de integrar terapias psicossociais a terapias farmacológicas para o alcoolismo e o abuso de drogas.[91] [92]

Tais procedimentos incluem educação do paciente, feedback personalizado, suporte emocional, monitoramento do medicamento e melhora motivacional. [NIAAA: Helping patients who drink too much: a clinician's guide and related professional support resources] [National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)] Uma metanálise de 15 ECRCs demonstrou melhora no uso de álcool e nos desfechos psiquiátricos quando os transtornos depressivos e de ansiedade coexistentes tiverem sido tratados ao mesmo tempo da dependência alcoólica.[93]

Gestantes

Até o momento, não há ensaios clínicos randomizados avaliando a eficácia das intervenções farmacológicas para melhorar os desfechos materno, do parto e da criança em gestantes envolvidas em programas de tratamento alcoólico.[94]

Adolescentes

Uma metanálise de 16 estudos demonstrou que as intervenções são eficazes na redução do uso de álcool por adolescentes, com os tratamentos direcionados individualmente tendo um efeito possivelmente maior que os baseados na família. As intervenções com efeitos maiores incluem breves entrevistas motivacionais, terapia cognitivo-comportamental com 12 passos, terapia cognitivo-comportamental com pós-tratamento, terapia familiar multidimensional, breves intervenções com o adolescente e breves intervenções com o adolescente e um dos pais.[95] Os tratamentos baseados em terapia em grupo podem ser eficazes para adolescentes, e precisam ser mais bem investigados.[96] Outro problema enfrentado pelo uso de álcool por adolescentes é a propaganda de produtos alcoólicos, que leva ao aumento da probabilidade do uso de álcool por adolescentes.[97]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

(resumo)

abstinência alcoólica significativa
(pontuação do Clinical Institute
Withdrawal Assessment for Alcohol
revisado [CIWA-Ar] $\geq 8-10$)

	1a	desintoxicação + cuidados clínicos de suporte
■ requer monitoramento intensivo ou com estressores psicossociais opressivos	mais	tratamento especializado do paciente hospitalizado/em residência
■ não requer monitoramento intensivo nem estressores psicossociais opressivos	mais	tratamento especializado de pacientes em regime ambulatorial/ambulatorial intensivo

Em curso

(resumo)

Em curso		(resumo)
uso problemático de bebidas alcoólicas e dependência alcoólica leve		
	1a	aconselhamento do médico + intervenções breves
dependência alcoólica moderada a grave		
■ episódios frequentes de consumo descontrolado de bebidas alcoólicas	1a mais	intervenções psicossociais farmacoterapia para prevenir a recidiva e apoiar a abstinência

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

abstinência alcoólica significativa
(pontuação do Clinical Institute
Withdrawal Assessment for Alcohol
revisado [CIWA-Ar] $\geq 8-10$)

**abstinência alcoólica
significativa (pontuação do
Clinical Institute Withdrawal
Assessment for Alcohol revisado
[CIWA-Ar] $\geq 8-10$)**

1a

**desintoxicação + cuidados clínicos de
suporte**

Opções primárias

» **diazepam**: 5-10 mg por via intravenosa a cada 3-4 horas quando necessário

-ou-

» **lorazepam**: 2-4 mg por via intravenosa a cada hora quando necessário

-ou-

» **oxazepam**: 15-30 mg por via oral três ou quatro vezes ao dia

--E--

» **tiamina**: 100 mg por via intravenosa uma vez ao dia

» O CIWA-Ar é um instrumento de avaliação padrão para quantificar a gravidade dos sintomas da abstinência alcoólica.[37] [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA- Ar)] Os pacientes com pontuação de 8 a 10 ou superior no CIWA-Ar devem ser tratados com agentes farmacológicos a fim de diminuir a intensidade da síndrome de abstinência alcoólica (SAA).[37] [54]

» Os benzodiazepínicos são os agentes com maior suporte baseado em evidências disponível para essa indicação.[98] [99] Além de aliviar os sintomas da síndrome da abstinência alcoólica (SAA), eles mostraram diminuir o risco de convulsões da abstinência alcoólica e o delirium tremens. Não há evidências claras de que certos benzodiazepínicos sejam mais eficazes ou que resultem em um melhor desfecho para o tratamento da abstinência alcoólica grave que outros. No entanto, o lorazepam e o oxazepam são preferidos para pacientes com disfunção hepática, já que são minimamente metabolizados pelo fígado e são eliminados principalmente pelos rins.

» Os cuidados clínicos de suporte geralmente consistem em frequente tranquilização,

Agudo

- **requer monitoramento intensivo ou com estressores psicossociais opressivos**

mais

ambientes de baixa estimulação, hidratação (conforme necessário) e infusão de vitaminas (especialmente suplementação ou infusão de tiamina para a prevenção/tratamento da encefalopatia de Wernicke).^[100] Caso seja administrada fluidoterapia intravenosa, a tiamina deve ser administrada antes da glicose, a fim de prevenir a depleção das reservas de tiamina e a precipitação da encefalopatia de Wernicke.

» O objetivo geral do tratamento da SAA é facilitar a entrada do paciente em um programa de tratamento a fim de atingir e manter a abstinência do álcool no longo prazo.^{[15] [16] [64]}

tratamento especializado do paciente hospitalizado/em residência

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O tratamento para o alcoolismo de pacientes hospitalizados ou em residências é utilizado nas seguintes circunstâncias:

- » (1) Episódio prévio de complicações significativas decorrentes da abstinência alcoólica (convulsões da abstinência alcoólica ou delirium tremens).
- » (2) Condições clínicas moderadas a graves concomitantes (condições cardiovasculares, pulmonares, hepáticas ou infecciosas; diabetes descontrolado; hipertensão).
- » (3) Condições psiquiátricas moderadas a graves concomitantes (depressão com probabilidade de suicídio, instabilidade de humor acentuada, psicose).
- » (4) Vida altamente adversa (ser sem teto, morar com usuários ativos de substâncias, ser vítima de abuso contínuo).
- » Idealmente, o tratamento é de natureza multimodal e inclui uma avaliação abrangente do uso de substâncias, engajamento no tratamento, avaliação e manejo clínico e psiquiátrico e apoio psicológico.
- » O tratamento de pacientes hospitalizados é geralmente de curto prazo (dias), enquanto o tratamento residencial pode ocorrer em um período de tempo mais longo (de semanas a meses). De maneira ideal, e independentemente da via de tratamento, o objetivo é conseguir que o paciente participe de forma contínua em um

Agudo

- não requer monitoramento intensivo nem estressores psicossociais opressivos

mais

programa ambulatorial ou ambulatorial intensivo para tratamento para o abuso de substâncias.

tratamento especializado de pacientes em regime ambulatorial/ambulatorial intensivo

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O tratamento para o alcoolismo de pacientes em regime ambulatorial/ambulatorial intensivo é utilizado nas seguintes circunstâncias:

» (1) Sem história pregressa de complicações significativas de abstinência alcoólica (convulsões da abstinência alcoólica, delirium tremens).

» (2) Sem condições clínicas instáveis (condições cardiovasculares, pulmonares, hepáticas ou infecciosas; diabetes descontrolado; hipertensão).

» (3) Sem condições psiquiátricas instáveis (depressão grave, probabilidade de suicídio, instabilidade de humor acentuada, psicose).

» (4) Vida estável (moradia segura, relacionamentos que dão apoio, estabilidade financeira).

» Idealmente, o tratamento é de natureza multimodal e inclui uma avaliação abrangente do uso de substâncias, engajamento no tratamento, avaliação e manejo clínico e psiquiátrico e apoio psicológico.

» O tratamento de pacientes em regime ambulatorial/ambulatorial intensivo geralmente incluirá sessões de tratamento entre uma ou duas vezes por semana a várias vezes na semana, que se estenderá durante várias semanas a meses (ou mais). Tais programas são desenvolvidos para auxiliar os pacientes na manutenção da abstinência. Eles utilizam intervenções educacionais, psicológicas, comportamentais e farmacológicas.

» A participação do paciente em grupos de autoajuda, como o Alcoólicos Anônimos (AA), pode oferecer apoio adicional. [\[Alcoholics Anonymous\]](#)

Em curso

Em curso

uso problemático de bebidas alcoólicas e dependência alcoólica leve

1a aconselhamento do médico + intervenções breves

» Essa categoria inclui pessoas com padrões de uso problemático de álcool que não atendem aos critérios de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas moderados ou graves (por exemplo, os que praticam consumo esporádico intenso de bebida [binge drinking]), bem como pessoas com transtornos leves decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

» As intervenções breves podem consistir de uma ou mais sessões no consultório do médico ou durante as hospitalizações do paciente por motivos relacionados ou não ao uso de substâncias, durante as quais é proporcionado feedback sobre o uso de bebidas alcoólicas por parte do paciente e suas consequências de forma empática e de suporte. Idealmente, o paciente e o médico desenvolvem juntos um plano para reduzir ou eliminar o uso de bebidas alcoólicas. Desenvolver um meio formal de avaliar a eficácia do plano e programar as visitas de acompanhamento com o médico devem fazer parte do plano.^[58] 2[A]Evidence Um ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC), realizado com quase 900 pacientes, demonstrou diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do hábito de beber e dirigir em pessoas que receberam intervenções breves realizadas por um médico no pronto-socorro.^[61] Em um estudo de seis metanálises e uma revisão sistemática, intervenções breves propiciaram uma redução moderada no consumo de álcool em etilistas pesados, e o número elevado de sessões ou visitas de acompanhamento produziu mais benefícios.^[56] No entanto, um ECRC, realizado com mais de 800 indivíduos, mostrou redução no consumo de bebidas alcoólicas e nas consequências relacionadas a tal consumo (por exemplo, incidentes por direção sob influência de bebidas alcoólicas ou lesões relacionadas ao álcool) em menores de idade que consomem álcool após uma única e breve sessão de intervenção realizada por um terapeuta ou computador.^[57]

» Entrevistas motivacionais, uma técnica que ajuda o paciente a identificar e utilizar seus próprios recursos de tratamento, são eficazes para engajar os pacientes no tratamento e

Em curso

reduzir o uso de substâncias que causam dependência.[62]

» Um ECRC multicêntrico realizado no contexto de serviços de trauma demonstrou melhora em várias medidas do consumo de bebidas alcoólicas em até 12 meses para pacientes que receberam acompanhamento com uma ligação telefônica de reforço em associação com entrevista motivacional breve, em comparação com os pacientes que receberam apenas a entrevista.[63]

» Geralmente, os pacientes são acompanhados para se rastrear o comportamento do uso de bebidas alcoólicas. Exames laboratoriais podem ser obtidos para fornecerem evidências de efeitos físicos do uso de bebidas alcoólicas e para acompanhar os esforços para reduzir ou eliminar o uso.

» Intervenções com tratamentos direcionados ao indivíduo são eficazes na redução do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes, tendo um efeito possivelmente maior que os baseados na família. Neste estudo, as intervenções com efeitos maiores incluíram breves entrevistas motivacionais, terapia cognitivo-comportamental com 12 passos, terapia cognitivo-comportamental com pós-tratamento, terapia familiar multidimensional, breves intervenções com o adolescente e breves intervenções com o adolescente e um dos pais.[95] Os tratamentos baseados em terapia em grupo podem ser eficazes para adolescentes, e precisam ser mais bem investigados.[96]

dependência alcoólica moderada a grave

dependência alcoólica moderada a grave

1a

intervenções psicossociais

» As abordagens não farmacológicas podem ser úteis para todos esses pacientes, já que elas fornecem estratégias para ajudar os pacientes a evitar o retorno do uso de bebidas alcoólicas, melhorar a autoeficácia e reduzir o impacto dos estressores que podem desencadear a recidiva. Elas incluem terapias cognitivo-comportamentais (para auxiliar os pacientes a superar o desejo de voltar a consumir bebidas alcoólicas e crenças negativas), estratégias de aconselhamento (prevenção da recidiva, lidar com os estressores, criar relações mais benéficas) e encaminhar os pacientes a grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA).[2] [65] [66] [70]

Em curso

» Idealmente, os pacientes recebem tratamento como parte de um programa de dependência que é de natureza multimodal e inclui avaliação e manejo clínico, e no qual a avaliação e o apoio psiquiátrico e psicossocial estão prontamente disponíveis, caso necessário.

» O tratamento para pacientes ambulatoriais ou pacientes ambulatoriais intensivos geralmente incluirá sessões de tratamento uma ou duas vezes por semana a várias vezes na semana, estendendo-se para várias semanas a meses (ou mais). Tais programas são desenvolvidos para auxiliar os pacientes na manutenção da abstinência. Eles utilizam intervenções educacionais, psicológicas, comportamentais e farmacológicas. No entanto, em uma metanálise de 6 estudos, a adição de terapia cognitivo-comportamental manualizada não aumentou as taxas de recidiva quando adicionada à terapia com naltrexona.[67]

» O envolvimento com o AA ou outro grupo de apoio pode ser uma importante fonte de apoio para alguns pacientes. Deve-se encorajar o comparecimento às reuniões dos grupos de apoio por um período de tempo estendido (indefinidamente, se possível). [Alcoholics Anonymous] Em um grande ensaio clínico randomizado e controlado, o AA melhorou os desfechos de consumo de bebidas alcoólicas, em grande parte por meio de melhoras nas mudanças de redes sociais adaptativas e na autoeficácia social.[68]

» Embora haja hipóteses de que o manejo de cuidados crônicos (incluindo manejo de caso, coordenação com a atenção primária, assistência de trabalho social, acesso expandido ao tratamento clínico e psiquiátrico e aconselhamento para a prevenção da recidiva) seja mais eficaz, ele não melhorou a abstinência autorrelatada em 12 meses nos pacientes que o receberam, em comparação com os pacientes que receberam atendimento na atenção primária e encaminhamentos para tratamento de abuso de substâncias.[69]

■ episódios frequentes de consumo descontrolado de bebidas alcoólicas

mais

farmacoterapia para prevenir a recidiva e apoiar a abstinência

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **naltrexona**: 50-100 mg por via oral uma vez ao dia por 12-16 semanas; 380 mg por via intramuscular uma vez ao mês por 6 meses

Em curso

OU

» **acamprosato**: 666 mg por via oral três vezes ao dia por 12-16 semanas

OU

» **dissulfiram**: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 1 semana inicialmente, seguidos por 250 mg uma vez ao dia

OU

» **nalmefeno**: 18 mg por via oral uma vez ao dia quando necessário em dias nos quais há risco de consumo de bebidas alcoólicas, de preferência 1-2 horas antes do horário previsto de consumo de bebidas alcoólicas

» Os medicamentos aprovados para o tratamento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas agem no sistema neurobiológico, o qual se acredita ser responsável pela fissura alcoólica, pelos efeitos gratificantes e reforçadores do álcool e pela dependência, com o objetivo de reduzir a compulsão por consumir bebidas alcoólicas, ajudando, dessa forma, os pacientes a manterem a abstinência.^{[2] [52] [66] [70] [71] [72]}

» A naltrexona, um antagonista opioide disponível em preparações orais e de ação prolongada (injetável), pode ser particularmente útil para pacientes com história familiar de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e em indivíduos com fissura alcoólica significativa.^{3[B]Evidence} Ela pode ser iniciada em pacientes que continuam consumindo bebidas alcoólicas. A naltrexona pode desencadear a abstinência de opioides em usuários atuais ou recentes de opioides, e seu uso deve ser evitado em tais pacientes até que eles tenham ficado sem consumir opioides por vários dias. Há novas evidências sugerindo que indivíduos alcoólicos com determinados genótipos de receptores mu-opioide respondem melhor a antagonistas opioides.^{4[B]Evidence} A preparação de ação prolongada pode aumentar a adesão ao medicamento e não parece ser hepatotóxica em pacientes dependentes de álcool com consumo ativo de bebidas alcoólicas.^{[66] [71] [83] [84]} Embora se saiba que, no geral, os efeitos da naltrexona sejam modestos, uma revisão sistemática de 22 ensaios clínicos

Em curso

randomizados e controlados demonstrou que isso pode ser parcialmente atribuído à baixa adesão terapêutica ao medicamento em muitos dos ensaios clínicos.[81]

» O acamprosato, um agente que parece estabilizar o glutamato e os sistemas de neurotransmissores de ácido gama-aminobutírico, é aprovado para a manutenção da abstinência do uso de bebidas alcoólicas. Sua eficácia aumenta se for utilizado em pessoas que pararam de consumir bebidas alcoólicas.5[B]Evidence A revisão também descobriu que o acamprosato diminui o risco de recidiva e aumenta a duração da abstinência.[86] Em uma metanálise de 22 estudos, o acamprosato foi superior ao placebo no aumento das taxas de abstinência e na diminuição do consumo excessivo de álcool, além de aumentar as taxas de finalização do tratamento e da adesão terapêutica ao medicamento.[87]

» O dissulfiram bloqueia o metabolismo do álcool, permitindo o acúmulo de acetaldeído tóxico. A reação dissulfiram-álcool pode, dessa forma, levar a efeitos sistêmicos significativos (rubor, náuseas, diarreia, taquicardia, hipotensão). Embora geralmente seja de natureza transitória, essa reação pode, ocasionalmente, resultar em morbidade clínica e até em morte. Como a baixa adesão à administração diária do dissulfiram limita sua utilidade clínica, a supervisão da administração do dissulfiram por um cônjuge ou outra pessoa que ofereça apoio pode aumentar a eficácia.

» O nalmefeno é estruturalmente semelhante à naltrexona e é também um antagonista competitivo no receptor mu-opioide. Ele foi aprovado na Europa para o tratamento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, além da reversão da superdosagem de opioides. Um ECRC demonstrou que ele é eficaz na redução de taxas de recidiva de 59% para 37%.[88] O nalmefeno deve ser administrado nos dias em que os pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas acham que vão consumir bebidas alcoólicas, idealmente 1 a 2 horas antes do uso de bebidas alcoólicas (ou assim que possível se o paciente já começou a consumir bebidas alcoólicas). Ele não está mais disponível nos EUA.

» Caso não haja resposta ao primeiro medicamento selecionado, pode-se escolher um segundo. A abordagem sequencial parece

Em curso

ser uma prática clínica comum, mas atualmente não há estudos publicados que examinem sua efetividade.

» Atualmente, não há evidências para dar suporte à combinação de medicamentos; no entanto, o número de estudos examinando essa questão é limitado.

» Os estudos não estabeleceram intervalos de tempo absolutos para o uso desses medicamentos, e acredita-se que uma abordagem de prescrição flexível para apoiar os esforços dos pacientes seja razoável.

» Foram desenvolvidos diversos procedimentos de tratamento passo a passo a fim de integrar terapias psicossociais a terapias farmacológicas para o alcoolismo e o abuso de drogas.[91] [92] Tais procedimentos incluem educação do paciente, feedback personalizado, suporte emocional, monitoramento do medicamento e melhora motivacional. [NIAAA: [Helping patients who drink too much: a clinician's guide and related professional support resources](#)] [National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)] Uma metanálise de 15 ECRCs demonstrou melhora no uso de álcool e nos desfechos psiquiátricos quando os transtornos depressivos e de ansiedade coexistentes tiverem sido tratados ao mesmo tempo da dependência alcoólica.[93]

Novidades

Topiramato

O anticonvulsivante topiramato pode ser útil para pacientes que não conseguem ou não querem se submeter à desintoxicação. Em ensaios clínicos randomizados e controlados, o topiramato mostrou diminuir os sintomas de fissura e abstinência, e aumentar significativamente o bem-estar físico e psicossocial dos pacientes alcoólicos, em comparação ao placebo.^[6]^[A]^{Evidence} Ele diminui a porcentagem de dias de consumo excessivo de álcool em >23%, e aumenta os dias de abstinência em quase 3 dias, em média.^[106] É importante salientar que a eficácia foi estabelecida em indivíduos que estavam consumindo bebidas alcoólicas quando o medicamento começou a ser administrado.^[107] Um estudo demonstrou que apenas indivíduos homozigotos para o gene que codifica a proteína receptora de cainato tiveram uma redução em dias de consumo excessivo no tratamento com topiramato.^[108]

Ondansetrona

Esse antagonista seletivo do 5-HT₃ demonstrou eficácia em termos de desfecho em ensaios clínicos randomizados e controlados em pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas que estavam recebendo terapia comportamental. Em particular, ao classificar esses pacientes em início precoce (início de alcoolismo antes dos 25 anos de idade) e início tardio (início do alcoolismo após os 25 anos de idade), a ondansetrona demonstrou eficácia em pacientes com início precoce.^[109] ^[7]^[B]^{Evidence} Pesquisas sugerem que a ondansetrona pode ser particularmente útil na diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e no aumento da abstinência em pacientes com um determinado genótipo (LL) do gene 5-HTT (LL/LS/SS).^[110]

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs)

Os ISRSs demonstraram eficácia na dependência alcoólica. A sertralina, em comparação ao placebo, demonstrou diminuir a proporção de dias de consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento e aumentar o número de pacientes com abstinência contínua.^[111] No entanto, mesmo tendo sido observada uma melhora considerável em alcoólicos do tipo A (psicopatologia mais baixa/início tardio), os alcoólicos do tipo B (psicopatologia mais alta/início precoce) na verdade gastam mais tempo (não significativo) bebendo que os alcoólicos do tipo B que receberam placebo. Isso sugere que a eficácia da sertralina na dependência alcoólica pode estar limitada a pacientes com alcoolismo menos grave.^[111] ^[8]^[C]^{Evidence} ISRSs não são licenciados para tratamento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas no Reino Unido, e o National Institute for Health and Care Excellence não recomenda o uso de ISRSs no tratamento da dependência alcoólica em pessoas que não têm transtorno depressivo comórbido.^[82] Ensaios clínicos com fluoxetina para a dependência alcoólica atingiram resultados semelhantes, sugerindo que a fluoxetina (60 mg/dia) também pode ser mais eficaz em pacientes do tipo A (psicopatologia mais baixa/início tardio) com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.^[112] No entanto, nem todos os estudos dão suporte à utilidade das ISRSs para o tratamento de transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Um estudo da fluoxetina para indivíduos com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e depressão comórbida não demonstraram nenhum benefício da fluoxetina em relação ao placebo, seja na depressão, seja no consumo de bebidas alcoólicas.^[113]

Baclofeno

Ensaios clínicos sugeriram que o baclofeno, um agonista do ácido gama-aminobutírico tipo B, pode reduzir os sintomas da síndrome de abstinência alcoólica com eficácia comparável à do diazepam.^[15] ^[114] ^[9]^[B]^{Evidence} Além disso, ele mostrou ser eficaz na prevenção de recidiva pela sua capacidade de reduzir a ingestão de álcool e a fissura em pacientes alcoólicos.^[115] ^[116] Nesses estudos, o baclofeno demonstrou uma boa tolerância, produzindo poucos efeitos adversos significativos, e não revelou nenhuma propriedade que causasse dependência. Mais recentemente, a eficácia e a segurança do baclofeno foram confirmadas no tratamento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e cirrose hepática, um subconjunto de indivíduos geralmente excluído dos ensaios clínicos que investigam os medicamentos antifissura.^[117] Uma revisão sistemática sugere que são necessárias mais pesquisas a fim de elucidar os subtipos mais apropriados da população para esse medicamento, bem como as doses eficazes e a duração do tratamento. Mesmo que não seja recomendado como um tratamento farmacológico de primeira linha

para a dependência alcoólica, ele pode ter um uso particular em pacientes com cirrose hepática devido ao seu perfil de segurança.[118]

Outros anticonvulsivantes

Embora um pouco limitados pela heterogeneidade e qualidade dos estudos analisados, uma revisão Cochrane de 2014 demonstrou alguns benefícios dos anticonvulsivantes (por exemplo, ácido valproico, gabapentina) em comparação com o placebo e a naltrexona em várias medidas de consumo de bebidas alcoólicas.[119] Em um ensaio clínico randomizado e controlado separado, a gabapentina aumentou as taxas de abstinência e diminuiu os dias de consumo excessivo em comparação com o placebo, apresentando resultados significativamente melhores com a dose maior.[120]

Intervenções realizadas pelo computador e pela internet

As intervenções realizadas pelo computador e pela internet são novas formas de oferecer breves intervenções, e podem ser eficazes na redução do uso problemático do álcool e dos comportamentos decorrentes dele.[121] [122] Uma revisão de 9 estudos sustenta o potencial desses tratamentos em estimular mudanças comportamentais positivas, mas são necessárias mais investigações, dada a falta de tratamentos padronizados sendo usados pelo computador e pela internet.[123] Em uma metanálise avaliando a eficácia comparativa de intervenções presenciais versus intervenções realizadas pelo computador na redução do uso de álcool, as intervenções presenciais diminuíram as medidas do consumo de bebidas alcoólicas em maior escala que as intervenções realizadas pelo computador, e mantiveram tais benefícios por um período de tempo mais longo.[124] Investigações sugerem que intervenções especialmente programadas, fornecidas pelo computador, podem desempenhar um papel no tratamento e na prevenção do consumo problemático de bebidas alcoólicas em estudantes universitários.[125] [126]

Recomendações

Monitoramento

Recomenda-se o monitoramento por um médico uma vez por semana ou a cada 2 semanas para pacientes que estejam tentando reduzir o uso de bebidas alcoólicas ou iniciar a abstinência como paciente ambulatorial. Isso é particularmente necessário se o paciente estiver utilizando tratamento farmacológico para abstinência. Mesmo após interromper o medicamento, o monitoramento periódico com um médico é fortemente recomendando a fim de avaliar as condições gerais do paciente e o risco de recidiva.

Os exames laboratoriais podem ser úteis para verificar o estado clínico geral do paciente. Além disso, alguns relatos laboratoriais podem ser úteis para confirmar a sobriedade do paciente, sobretudo se houver conflitos entre o autorrelato do paciente e as suspeitas clínicas. Testes da função hepática, tais como a gama-glutamiltanspeptidase, alanina aminotransferase e aspartato aminotransferase, podem ser particularmente úteis. A transferrina deficiente em carboidrato também pode fornecer informações sobre o nível de consumo recente de bebidas alcoólicas. O volume corpuscular médio, o ácido úrico e o nível de colesterol de lipoproteína de alta densidade podem fornecer informações adicionais.

Instruções ao paciente

É importante aconselhar os pacientes a continuarem mantendo o contato com recursos de tratamento e/ou grupos de suporte úteis (por exemplo, os Alcoólicos Anônimos [\[Alcoholics Anonymous\]](#)), mesmo se ele inicialmente for capaz de atingir a abstinência. Também é importante que o paciente possa entrar em contato com um médico ou um consultório caso esteja preocupado sobre o aumento do risco de recidiva devido ao aumento do estresse, ansiedade, problemas familiares, problemas relacionados ao trabalho ou aumento da fissura.

Complicações

Complicações	Período de execução		Probabilidade
	curto prazo	média	
síndrome de Mallory-Weiss			
A síndrome de Mallory-Weiss é uma causa comum de hemorragia digestiva alta em pacientes com abuso de álcool recorrente e ativo. Quase metade dos pacientes não têm sintomas antecedentes e apresentam, inicialmente, hemorragia digestiva alta após vômitos.			
A terapia com endoscopia é eficaz e segura na produção de hemostasia nesses pacientes. [133]			

Complicações	Período de execução	Probabilidade
delirium tremens	curto prazo	baixa
<p>O delirium tremens (DT) é uma condição clínica que aparece em cerca de 5% dos pacientes afetados pela síndrome de abstinência alcoólica grave. Ele geralmente se desenvolve de 2 a 4 dias após a diminuição ou a interrupção do consumo cronicamente alto de bebidas alcoólicas.</p> <p>O DT é caracterizado por sinais e sintomas incluindo confusão, distúrbios perceptivos e alucinações (em particular, micropsia e macropsia), tremor, ciclo do sono alterado, alterações na atividade psicomotora, sudorese paroxística, labilidade emocional, febre, hiper-responsividade autonômica com hipertensão e taquicardia.</p> <p>Complicações respiratórias ou arritmias cardíacas são as causas mais comuns de morte em pacientes com DT. O tratamento agressivo com benzodiazepínicos é a intervenção recomendada.[130]</p>		
convulsões	curto prazo	baixa
<p>As convulsões relacionadas ao álcool são definidas como convulsões de início na idade adulta que ocorrem como complicação de uma síndrome de abstinência alcoólica grave.</p> <p>Os fatores de risco concomitantes, incluindo a epilepsia preexistente, as lesões estruturais do cérebro e o uso de drogas ilícitas, podem contribuir para o seu desenvolvimento em alguns pacientes.[131]</p>		
hepatopatia alcoólica	longo prazo	alta
<p>O álcool afeta quase todos os sistemas do corpo, sendo o fígado um dos locais de maior impacto. O uso excessivo de álcool pode levar à doença hepática aguda e crônica.</p> <p>As três doenças mais associadas ao consumo de álcool são esteatose hepática, hepatite (aguda e crônica) e cirrose. Essas doenças podem ocorrer separada ou concomitantemente. O tratamento definitivo requer abstinência alcoólica.</p> <p>Mulheres que consomem bebidas alcoólicas têm um risco mais elevado de desenvolver doença hepática relacionada ao álcool devido ao menor metabolismo do álcool em comparação com homens.</p>		
cirrose hepática	longo prazo	alta
<p>O álcool continua sendo a causa mais comum de cirrose hepática no mundo ocidental. A ingestão persistente de bebidas alcoólicas em pacientes com cirrose alcoólica está associada ao aumento significativo do risco de morte devido ao sangramento de varizes esofágicas, infecção, insuficiência renal e/ou insuficiência hepática.</p> <p>Embora alguns medicamentos (por exemplo, os corticosteroides, a pentoxifilina) possam ser úteis assim que a doença estiver estabelecida, a estratégia mais eficaz para esses pacientes é a abstinência alcoólica, já que os tratamentos clínicos e cirúrgicos têm eficácia limitada enquanto o consumo de bebidas alcoólicas continua.</p> <p>A abstinência alcoólica total pode aumentar as medidas de desfecho histológicas e clínicas de todas as etapas da hepatopatia alcoólica.[49]</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
transtornos nutricionais	longo prazo	média
A ingestão excessiva e crônica de bebidas alcoólicas leva à diminuição do peso corporal e da gordura, provavelmente pelo aumento da oxidação lipídica e do gasto de energia.[44] Em geral, essas alterações podem ser revertidas com pelo menos 3 meses de abstinência total de bebidas alcoólicas.[45]		
cardiomiopatia	longo prazo	baixa
A cardiomiopatia alcoólica é caracterizada por cardiomegalia, interrupções da arquitetura miofibrilar, contratilidade miocárdica reduzida, fração de ejeção reduzida e aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC) e hipertensão.[134]		
síndrome de Wernicke-Korsakoff	variável	média
<p>Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas geralmente estão associados à deficiência de tiamina. A deficiência de tiamina grave pode resultar no desenvolvimento de encefalopatia de Wernicke, que é caracterizada por distúrbios de motilidade ocular, ataxia e alterações do estado mental (confusão).</p> <p>Quando os pacientes com encefalopatia de Wernicke são tratados de forma inadequada com baixas doses de tiamina, as taxas de mortalidade ficam na média de 20%, e ocorre o desenvolvimento de psicose de Korsakoff em cerca de 85% dos sobreviventes. A psicose de Korsakoff é caracterizada por amnésia anterógrada e retrógrada, desorientação e confabulação.</p> <p>Por causa da relação próxima entre essas entidades clínicas, os dois distúrbios geralmente são denominados síndrome de Wernicke-Korsakoff.[100] [132]</p>		

Prognóstico

Os pacientes com uso prejudicial ou problemático de álcool podem se beneficiar muito das intervenções breves, reduzindo substancialmente seu uso de álcool ou iniciando a abstinência. Uma minoria desses pacientes continuará a evoluir no uso de álcool, até o ponto em que atender aos critérios de dependência alcoólica.[127]

O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas tende a uma evolução crônica. Mesmo que o tratamento tenha um impacto positivo na condição, a recidiva é comum, sobretudo nos primeiros 12 meses após o início do tratamento.[1] [128] No entanto, mesmo os pacientes com repetidas recidivas podem obter benefícios (inclusive grandes períodos de abstinência) com envolvimento contínuo ou episódico no tratamento e uso de grupos de apoio de 12 passos (por exemplo, os Alcoólicos Anônimos). [Alcoholics Anonymous]). Os tratamentos com medicamentos são relativamente pouco utilizados para os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, apesar de sua comprovada eficácia.[73] O tratamento que combina o uso de intervenções psicossociais com farmacoterapia demonstrou melhora nos desfechos para indivíduos com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, diferente do tratamento de modalidade única. Atualmente, é considerado o padrão de cuidado para pacientes com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

Além disso, é importante observar que o uso problemático de álcool pode ser desenvolvido tardiamente na vida,[129] exigindo vigilância médica quanto a sua possível presença em adultos mais idosos que não tinham, previamente, problemas com o uso de substâncias. Idosos identificados com transtornos

decorrentes do uso de bebidas alcoólicas podem se beneficiar tanto de tratamentos breves quanto de tratamentos estendidos para tais transtornos.

Diretrizes de diagnóstico

Internacional

International statistical classification of diseases and related health problems, 10th ed. (ICD-10)

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2016

América do Norte

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2013

Helping patients who drink too much: a clinician's guide

Publicado por: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Última publicação em:
2007

Diretrizes de tratamento

Europa

Community pharmacies: promoting health and wellbeing

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2012

Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2011

Alcohol: school-based interventions

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

Internacional

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol

Publicado por: World Health Organization

Última publicação em:
2010

América do Norte

Helping patients who drink too much: a clinician's guide

Publicado por: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Última publicação em:
2007

Recursos online

1. [National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism \(NIAAA\) \(external link\)](#)
2. [UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines \(external link\)](#)
3. [Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised \(CIWA- Ar\) \(external link\)](#)
4. [Severity of Alcohol Dependence Questionnaire \(external link\)](#)
5. [Alcoholics Anonymous \(external link\)](#)
6. [Project COMBINE medical management treatment manual: a clinical research guide for medically trained clinicians providing pharmacotherapy as part of the treatment for alcohol dependence \(external link\)](#)
7. [NIAAA: Helping patients who drink too much: a clinician's guide and related professional support resources \(external link\)](#)

Nível de evidência

1. Redução do consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas: há evidências de alta qualidade que sugerem que o rastreamento associado a intervenção motivacional de dose única feita pela internet reduz o consumo esporádico intenso de bebidas alcoólicas em comparação com o rastreamento associado à entrega de panfletos informativos.[29]
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Redução do consumo de álcool: há evidências de alta qualidade que sugerem que intervenções breves em um ambiente de unidade básica de saúde são mais eficazes que os cuidados usuais na redução do consumo de bebidas alcoólicas.[58]
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
3. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de qualidade moderada de que a naltrexona (oral e de liberação sustentada) seja eficaz no tratamento de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas. [52] [66] [70] [71] [72] [75] [76]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
4. Previsão da resposta à naltrexona: há evidências de qualidade moderada de que os efeitos da naltrexona sejam moderados pelas variações no gene receptor mu-opioide (OPRM1) e de que certas tipologias (por exemplo, início precoce versus tardio) predizem a resposta ao tratamento com naltrexona em indivíduos alcoólatras. Elas podem ser úteis para ajudar a selecionar as opções de tratamento.[76] [77] [78] [79] [80]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
5. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de qualidade moderada de que o acamprosato, em conjunto com tratamentos comportamentais psicossociais, é eficaz na promoção da abstinência alcoólica em pacientes dependentes de álcool que pararam de consumir bebidas alcoólicas.[86]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
6. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de alta qualidade de que o topiramato diminui os sintomas da fissura e da abstinência e que aumenta significativamente o bem-estar físico e psicossocial dos pacientes alcoólatras em comparação com o placebo.[66] [71] [101] [102] [103] [104] [105]

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

7. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de qualidade moderada de que a ondansetrona seja um medicamento eficaz no tratamento de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas. Essa evidência é limitada a pacientes com alcoolismo de início precoce (antes dos 25 anos de idade).[\[52\]](#) [\[66\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#) [\[109\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

8. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de baixa qualidade de que os ISRSs sejam medicamentos eficazes no tratamento de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas. Há algumas evidências de que subtipos específicos de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas podem se beneficiar de seu uso.[\[52\]](#) [\[66\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#) [\[111\]](#) [\[112\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

9. Prevenção da recidiva da dependência alcoólica/promoção da abstinência: há evidências de qualidade moderada de que o baclofeno seja um medicamento eficaz no tratamento de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas. Ele demonstrou um bom perfil de segurança em ensaios clínicos de pacientes dependentes de bebidas alcoólicas com cirrose hepática.[\[66\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#) [\[114\]](#) [\[115\]](#) [\[116\]](#) [\[117\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Lingford-Hughes AR, Welch S, Peter L, et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. J Psychopharmacol. 2012 Jul;26(7):899-952. [Resumo](#)
- Swift R. Emerging approaches to managing alcohol dependence. Am J Health Syst Pharm. 2007 Mar 1;64(5 suppl 3):S12-22. [Resumo](#)
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 May 3;295(17):2003-17. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Swift RM. Drug therapy for alcohol dependence. N Engl J Med. 1999 May 13;340(19):1482-90. [Resumo](#)
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2016. [Texto completo](#)
- Rehm J, Room R, van den Brink W, et al. Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. Eur Neuropsychopharmacol. 2005 Aug;15(4):377-88. [Resumo](#)
- Soyka M, Kranzler HR, Hesselbrock V, et al. Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. World J Biol Psychiatry. 2017 Mar;18(2):86-119. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. JAMA Psychiatry. 2015 Aug;72(8):757-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. Drug Alcohol Depend. 2004 Jun 11;74(3):223-34. [Resumo](#)
- Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. New therapies for alcohol problems. Am J Med. 2000 Feb 15;108(3):227-37. [Resumo](#)

9. Hasin DS, Tsai WY, Endicott J, et al. Five-year course of major depression: effects of comorbid alcoholism. *J Affect Disord*. 1996 Nov 4;41(1):63-70. [Resumo](#)
10. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, et al. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav*. 2005 Jul;30(6):1209-24. [Resumo](#)
11. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000 Oct 4;284(13):1689-95. [Resumo](#)
12. Public Health England. Consumption of alcoholic beverages and risk of cancer: a statement from the Committee on Carcinogenicity of Chemicals in Food, Consumer Products and the Environment (COC). January 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
13. UK Chief Medical Officers. Alcohol consumption: advice on low risk drinking. August 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. Koob G, Kreek MJ. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1149-59. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Leggio L, Kenna GA, Swift RM. New developments for the pharmacological treatment of alcohol withdrawal syndrome: a focus on non-benzodiazepine GABAergic medications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Jul 1;32(5):1106-17. [Resumo](#)
16. Malcolm RJ. GABA systems, benzodiazepines, and substance dependence. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(suppl 3):36-40. [Resumo](#)
17. Gordis E. Alcohol research: at the cutting edge. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Mar;53(3):199-201. [Resumo](#)
18. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Aug;38(8):861-8. [Resumo](#)
19. Babor TF, Dolinsky ZS, Meyer RE, et al. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *Br J Addict*. 1992 Oct;87(10):1415-31. [Resumo](#)
20. Leggio L, Addolorato G. Serotonin transporter (SERT) brain density and neurobiological cloninger subtypes model: a lesson by human autoradiography studies. *Alcohol Alcohol*. 2008 Mar-Apr;43(2):148-50. [Resumo](#)
21. Poikolainen K. Risk factors for alcohol dependence: a case-control study. *Alcohol Alcohol*. 2000 Mar-Apr;35(2):190-6. [Resumo](#)
22. Ward RJ, McPherson AJS, Chow C, et al. Identification and characterization of alcohol-induced flushing in Caucasian subjects. *Alcohol Alcohol*. 1994 Jul;29(4):433-8. [Resumo](#)
23. Schuckit MA, Hesselbrock V, Tipp J, et al. A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*. 1994 Dec;89(12):1629-38. [Resumo](#)

24. Svensson PA, Anveden Å, Romeo S, et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity (Silver Spring)*. 2013 Dec;21(12):2444-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Toomey TL, Wagenaar AC. Policy options for prevention: the case of alcohol. *J Public Health Policy*. 1999;20(2):192-213. [Resumo](#)
26. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2234-46. [Resumo](#)
27. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, et al. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Oct 1;97(3):195-206. [Resumo](#)
28. Donoghue K, Patton R, Phillips T, et al. The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014 Jun 2;16(6):e142. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Kypri K, Langley JD, Saunders JB, et al. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*. 2008 Mar 10;168(5):530-6. [Resumo](#)
30. Déry PM, Howard PK, Perhats C, et al. Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: an impact evaluation. *J Emerg Nurs*. 2010 Nov;36(6):538-45. [Resumo](#)
31. World Health Organization. Management of substance abuse: dependence syndrome. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
32. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996. [Texto completo](#)
33. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Guidelines for use in primary care, second edition. Geneva: World Health Organization; 2001. [Texto completo](#)
34. Agabio R, Nioi M, Serra C, et al. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. *Alcohol Alcohol*. 2006 May-Jun;41(3):341-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Berner MM, Kriston L, Bentele M, et al. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 May;68(3):461-73. [Resumo](#)
36. Grucza RA, Bierut LJ. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):172-8. [Resumo](#)
37. Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC. Benzodiazepines requirements during alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using standardized withdrawal scale. *J Clin Psychopharmacol*. 1991 Oct;11(5):291-5. [Resumo](#)

38. Swift RM. Direct measurement of alcohol and its metabolites. *Addiction*. 2003 Dec;98(suppl 2):73-80. [Resumo](#)
39. Bilban M, Vrhovec S, Karlovsek MZ. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2003 Dec;54(4):253-9. [Resumo](#)
40. SAMHSA. Lab tests for alcohol abuse: SAMHSA advisory. December 2006 [internet publication]. [Texto completo](#)
41. Needle R, Brown P, Lavee Y, et al. Costs and consequences of drug use: a comparison of health care utilization and social-psychological consequences for clinical and non clinical adolescents and their families. *Int J Addict*. 1988 Nov;23(11):1125-43. [Resumo](#)
42. Chick J, Kemppainen E. Estimating alcohol consumption. *Pancreatol*. 2007;7(2-3):157-61. [Resumo](#)
43. Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA. The relationships between alcoholic beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser Permanente study. *Circulation*. 1986 Apr;73(4):628-36. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. Addolorato G, Capristo E, Greco AV, et al. Influence of chronic alcohol abuse on body weight and energy metabolism: is excess ethanol consumption a risk factor for obesity or malnutrition? *J Intern Med*. 1998 Nov;244(5):387-95. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Addolorato G, Capristo E, Greco AV, et al. Three months of abstinence from alcohol normalizes energy expenditure and substrate oxidation in alcoholics: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol*. 1998 Dec;93(12):2476-81. [Resumo](#)
46. Addolorato G, Leggio L, Ojetti V, et al. Effects of short-term moderate alcohol administration on oxidative stress and nutritional status in healthy males. *Appetite*. 2008 Jan;50(1):50-6. [Resumo](#)
47. Addolorato G, Capristo E, Leggio L, et al. Relationship between ghrelin levels, alcohol craving, and nutritional status in current alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 Nov;30(11):1933-7. [Resumo](#)
48. Leggio L, Ferrulli A, Malandrino N, et al. Insulin but not insulin growth factor-1 correlates with craving in currently drinking alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Mar;32(3):450-8. [Resumo](#)
49. Tilg H, Day CP. Management strategies in alcoholic liver disease. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2007 Jan;4(1):24-34. [Resumo](#)
50. Kostovic K, Lipozencic J. Skin diseases in alcoholics. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2004;12(3):181-90. [Resumo](#)
51. Kranzler HR, Babor TF, Goldstein L, et al. Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990 Aug;18(4):204-7. [Resumo](#)
52. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peter L, et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*. 2012 Jul;26(7):899-952. [Resumo](#)

53. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989 Nov;84(11):1353-7. [Resumo](#)
54. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med. 2003 May 1;348(18):1786-95. [Resumo](#)
55. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. Addiction. 2010 Jan;105(1):87-99. [Resumo](#)
56. Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Martín B, García-Ortiz L, et al. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. Prev Med. 2015 Jul;76(suppl):S33-8. [Resumo](#)
57. Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, et al. Alcohol interventions among underage drinkers in the ED: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2015 Oct;136(4):e783-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 24;(2):CD004148. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Bernstein J, Heeren T, Edward E, et al. A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. Acad Emerg Med. 2010 Aug;17(8):890-902. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2009 May;28(3):301-23. [Resumo](#)
61. D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. Ann Emerg Med. 2012 Aug;60(2):181-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York, NY: Guilford Press; 1991.
63. Field C, Walters S, Marti CN, et al. A multisite randomized controlled trial of brief intervention to reduce drinking in the trauma care setting: how brief is brief? Ann Surg. 2014 May;259(5):873-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Ait-Daoud N, Malcolm RJ Jr, Johnson BA. An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. Addict Behav. 2006 Sep;31(9):1628-49. [Resumo](#)
65. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PM. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2008 Jul;28(6):952-62. [Resumo](#)
66. Swift R. Emerging approaches to managing alcohol dependence. Am J Health Syst Pharm. 2007 Mar 1;64(5 suppl 3):S12-22. [Resumo](#)

67. Agosti V, Nunes EV, O'Shea D. Do manualized psychosocial interventions help reduce relapse among alcohol-dependent adults treated with naltrexone or placebo? A meta-analysis. *Am J Addict*. 2012 Nov-Dec;21(6):501-7. [Resumo](#)
68. Kelly JF, Hoepfner B, Stout RL, et al. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction*. 2012 Feb;107(2):289-99. [Texto completo](#) [Resumo](#)
69. Saitz R, Cheng DM, Winter M, et al. Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: the AHEAD randomized trial. *JAMA*. 2013 Sep 18;310(11):1156-67. [Texto completo](#) [Resumo](#)
70. Addolorato G, Abenavoli L, Leggio L, et al. How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology*. 2005;51(2):59-66. [Resumo](#)
71. Heilig M, Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: target symptoms and target mechanisms. *Pharmacol Ther*. 2006 Sep;111(3):855-76. [Resumo](#)
72. Addolorato G, Armuzzi A, Gasbarrini G, et al. Pharmacological approaches to the management of alcohol addiction. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2002 Sep-Oct;6(5):89-97. [Resumo](#)
73. Williams SH. Medications for treating alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005 Nov 1;72(9):1775-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Soyka M, Rösner S. Opioid antagonists for pharmacological treatment of alcohol dependence - a critical review. *Curr Drug Abuse Rev*. 2008 Nov;1(3):280-91. [Resumo](#)
75. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 May 3;295(17):2003-17. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Bogenschutz MP, Scott Tonigan J, Pettinati HM. Effects of alcoholism typology on response to naltrexone in the COMBINE study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Jan;33(1):10-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Anton RF, Oroszi G, O'Malley S, et al. An evaluation of mu-opioid receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence: results from the Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Feb;65(2):135-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Ooteman W, Naassila M, Koeter MW, et al. Predicting the effect of naltrexone and acamprosate in alcohol-dependent patients using genetic indicators. *Addict Biol*. 2009 Jul;14(3):328-37. [Resumo](#)
79. Ray LA, Hutchison KE. Effects of naltrexone on alcohol sensitivity and genetic moderators of medication response: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Sep;64(9):1069-77. [Resumo](#)
80. Gueorguieva R, Wu R, Pittman B, et al. New insights into the efficacy of naltrexone based on trajectory-based reanalyses of two negative clinical trials. *Biol Psychiatry*. 2007 Jun 1;61(11):1290-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)

81. Swift R, Oslin DW, Alexander M, et al. Adherence monitoring in naltrexone pharmacotherapy trials: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Nov;72(6):1012-8. [Resumo](#)
82. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. February 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
83. Ciraulo DA, Dong Q, Silverman BL, et al. Early treatment response in alcohol dependence with extended-release naltrexone. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb;69(2):190-5. [Resumo](#)
84. Lucey MR, Silverman BL, Illeperuma A, et al. Hepatic safety of once-monthly injectable extended-release naltrexone administered to actively drinking alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Mar;32(3):498-504. [Resumo](#)
85. Pettinati HM, Silverman BL, Battisti JJ, et al. Efficacy of extended-release naltrexone in patients with relatively higher severity of alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Oct;35(10):1804-11. [Resumo](#)
86. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8;(9):CD004332. [Texto completo](#) [Resumo](#)
87. Mason BJ, Leher P. Acamprosate for alcohol dependence: a sex-specific meta-analysis based on individual patient data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 Mar;36(3):497-508. [Texto completo](#) [Resumo](#)
88. Mason BJ, Salvato FR, Williams LD, et al. A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Aug;56(8):719-24. [Texto completo](#) [Resumo](#)
89. Palpacuer C, Laviolle B, Boussageon R, et al. Risks and benefits of nalmefene in the treatment of adult alcohol dependence: a systematic literature review and meta-analysis of published and unpublished double-blind randomized controlled trials. *PLoS Med*. 2015 Dec 22;12(12):e1001924. [Texto completo](#) [Resumo](#)
90. Pettinati HM, Weiss RD, Miller, WR, et al. COMBINE monograph series, volume 2. Medical management treatment manual: a clinical research guide for medically trained clinicians providing pharmacotherapy as part of the treatment for alcohol dependence. Bethesda, MD: NIAAA; 2004. [Texto completo](#)
91. O'Malley SS, Carroll KM. Psychotherapeutic considerations in pharmacological trials: alcoholism, clinical and experimental research. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Oct;20(7 suppl):17A-22A. [Resumo](#)
92. Pettinati HM, Volpicelli JR, Pierce JD, et al. Improving naltrexone response: an intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients. *J Addict Dis*. 2000;19(1):71-83. [Resumo](#)
93. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, et al. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict*. 2011 Jul-Aug;20(4):319-29. [Texto completo](#) [Resumo](#)

94. Smith EJ, Lui S, Terplan M. Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD007361. [Texto completo](#) [Resumo](#)
95. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Jan;164(1):85-91. [Texto completo](#) [Resumo](#)
96. Engle B, Macgowan MJ. A critical review of adolescent substance abuse group treatments. *J Evid Based Soc Work*. 2009 Jul;6(3):217-43. [Resumo](#)
97. Anderson P. Is it time to ban alcohol advertising? *Clin Med (Lond)*. 2009 Apr;9(2):121-4. [Resumo](#)
98. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence-based practice guideline: American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 1997 Jul 9;278(2):144-51. [Resumo](#)
99. Saitz R. Clinical practice: unhealthy alcohol use. *N Engl J Med*. 2005 Feb 10;352(6):596-607. [Resumo](#)
100. Agabio R. Thiamine administration in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 2005 Mar-Apr;40(2):155-6. [Resumo](#)
101. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 May 17;361(9370):1677-85. [Resumo](#)
102. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007 Oct 10;298(14):1641-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
103. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, et al. Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment: US multisite randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2008 Jun 9;168(11):1188-99. [Resumo](#)
104. Shinn AK, Greenfield SF. Topiramate in the treatment of substance-related disorders: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010 May;71(5):634-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)
105. Kenna GA, Lomastro TL, Schiesl A, et al. Review of topiramate: an antiepileptic for the treatment of alcohol dependence. *Curr Drug Abuse Rev*. 2009 May;2(2):135-42. [Resumo](#)
106. Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gómez-Acebo I, et al. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 Jan-Feb;38(1):8-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
107. Swift RM. Topiramate for the treatment of alcohol dependence: initiating abstinence. *Lancet*. 2003 May 17;361(9370):1666-7. [Resumo](#)
108. Kranzler HR, Covault J, Feinn R, et al. Topiramate treatment for heavy drinkers: moderation by a GRIK1 polymorphism. *Am J Psychiatry*. 2014 Apr;171(4):445-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
109. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 Aug 23-30;284(8):963-71. [Texto completo](#) [Resumo](#)

110. Johnson BA, Ait-Daoud N, Seneviratne C, et al. Pharmacogenetic approach at the serotonin transporter gene as a method of reducing the severity of alcohol drinking. *Am J Psychiatry*. 2011 Mar;168(3):265-75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
111. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, et al. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Jul;24(7):1041-9. [Resumo](#)
112. Kranzler HR, Burleson JA, Brown J, et al. Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in type B alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Dec;20(9):1534-41. [Resumo](#)
113. Cornelius JR, Bukstein OG, Wood DS, et al. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addict Behav*. 2009 Oct;34(10):905-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
114. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, et al. Baclofen in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a comparative study vs diazepam. *Am J Med*. 2006 Mar;119(3):276.e13-8. [Resumo](#)
115. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2002 Sep-Oct;37(5):504-8. [Resumo](#)
116. Addolorato G, Leggio L, Agabio R, et al. Baclofen: a new drug for the treatment of alcohol dependence. *Int J Clin Pract*. 2006 Aug;60(8):1003-8. [Resumo](#)
117. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1915-22. [Resumo](#)
118. Muzyk AJ, Rivelli SK, Gagliardi JP. Defining the role of baclofen for the treatment of alcohol dependence: a systematic review of the evidence. *CNS Drugs*. 2012 Jan 1;26(1):69-78. [Resumo](#)
119. Pani PP, Trogu E, Pacini M, et al. Anticonvulsants for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 13;(2):CD008544. [Texto completo](#) [Resumo](#)
120. Mason BJ, Quello S, Goodell V, et al. Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014 Jan;174(1):70-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
121. Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Med J Aust*. 2010 Jun 7;192(11 suppl):S15-21. [Resumo](#)
122. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, et al. Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2009 Nov;104(11):1807-19. [Texto completo](#) [Resumo](#)
123. Gainsbury S, Blaszczyński A. A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev*. 2011 Apr;31(3):490-8. [Resumo](#)

124. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, et al. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clin Psychol Rev.* 2012 Dec;32(8):690-703. [Texto completo](#) [Resumo](#)
125. Bingham CR, Barretto AI, Walton MA, et al. Efficacy of a web-based, tailored, alcohol prevention/intervention program for college students: initial findings. *J Am Coll Health.* 2010 Jan-Feb;58(4):349-56. [Resumo](#)
126. Carey KB, Carey MP, Henson JM, et al. Brief alcohol interventions for mandated college students: comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. *Addiction.* 2011 Mar;106(3):528-37. [Texto completo](#) [Resumo](#)
127. Grant BF. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *J Stud Alcohol.* 1997 Sep;58(5):464-73. [Resumo](#)
128. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction.* 1996 Dec;91(12):1773-96. [Resumo](#)
129. US Department of Health and Human Services. Tenth special report to the US Congress on alcohol and health. Bethesda, MD: NIAAA; 2000. [Texto completo](#)
130. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 12;164(13):1405-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
131. Rathlev NK, Ulrich AS, Delanty N, et al. Alcohol-related seizures. *J Emerg Med.* 2006 Aug;31(2):157-63. [Resumo](#)
132. Thomson AD. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and development of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2000 May-Jun;35(1):2-7. [Resumo](#)
133. Dwivedi M, Misra SP. Mallory-Weiss syndrome: clinical features and management. *J Assoc Physicians India.* 1999 Apr;47(4):397-9. [Resumo](#)
134. Zhang X, Li SY, Brown RA, et al. Ethanol and acetaldehyde in alcoholic cardiomyopathy: from bad to ugly en route to oxidative stress. *Alcohol.* 2004 Apr;32(3):175-86. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Colin Drummond, MB ChB, MD, FRCP, FRCPsych, FFPH, FRCGP (Hon.)

Professor of Addiction Psychiatry

Addictions Department, National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, London, UK

DIVULGAÇÕES: CD declares that he has no conflicting interests.

// Reconhecimentos:

Dr Colin Drummond would like to gratefully acknowledge Dr Julie R. Pittman, Dr Philip H. Chung, Dr Robert M. Swift, and Dr Lorenzo Leggio, previous contributors to this topic. JRP, PHC, and RMS declare that they have no competing interests. LL is an author of a reference cited in this topic.

// Colegas revisores:

Paul S. Haber, MD

Royal Prince Alfred Hospital and Discipline of Medicine

University of Sydney, Sydney, Australia

DIVULGAÇÕES: PSH is an author of a reference cited in this topic.

Roberta Agabio, MD

Bernard B. Brodie Department of Neuroscience

University of Cagliari, Cagliari, Italy

DIVULGAÇÕES: RA is an author of a number of references cited in this topic.