

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES

CURSO DE FARMÁCIA

**ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DO
ÁLCOOL:**

RELATO DE CASO

Dyana Couto Gondim

Rafael Sales Martins

Orientador: Prof. Esp. Lidiane Quirino da Silva Gonzaga

Trindade - GO

2012

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES

CURSO DE FARMÁCIA

**ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DO
ÁLCOOL:**

RELATO DE CASO

Dyana Couto Gondim

Rafael Sales Martins

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Generalista em
Farmácia.

Orientador: Prof. Esp. Lidiane Quirino da Silva Gonzaga

Trindade - GO

2012.

Dyana Couto Gondim

Rafael Sales Martins

**ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DO
ÁLCOOL:**

RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Generalista em
Farmácia, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof.. Esp. Lidianne Quirino da Silva Gonzaga

Faculdade União de Goyazes

Prof. Dr. Rodrigo Irani Medeiros

Prof.Ms. Úrsula Nunes Rauecker

Trindade - GO

18/06/2012.

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL:

RELATO DE CASO

(Dyana Couto Gondim1)¹

(Rafael Sales Martins2)¹

(Esp. Lidianne Quirino da Silva Gonzaga)³

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as alterações neurológicas decorrentes do uso abusivo do álcool- Relato de caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD Renascer em Trindade- GO, demonstrando a dificuldade dos usuários dependentes de álcool a receberem o tratamento adequado e contínuo. As diversas bebidas alcoólicas vêm se tornando parte da cultura humana por gerações a fio e seus prejuízos também. O álcool causa distúrbios cerebrais de extrema importância e muitas das vezes não é diagnosticado enquanto o indivíduo não está apto a realizar suas atividades rotineiras. Durante os séculos de avanço da saúde humana, várias terapias foram descobertas para tratar particularmente as doenças distintas da sociedade, mas o apoio familiar e força de vontade do doente são vistos como parte do tratamento psiquiátrico. Com a análise dos resultados espera-se esclarecer os possíveis transtornos psiquiátricos causados pelo álcool e a importância e apoio oferecido pelos CAPS, além da dificuldade do doente em permanecer saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Álcool, sociedade, doença.

NEUROLOGICAL CHANGES ARISING FROM THE USE OF ALCOHOL ABUSE - CASE REPORT

ABSTRACT

This research aims to describe the neurological disorders resulting from alcohol abuse-case report of the Center for Psychosocial Care (CAPS) AD Reborn in Trinity-GO, demonstrating the difficulty of alcohol dependent users receiving appropriate treatment and continue. The various alcoholic beverages has become part of human culture for generations on end and their losses too. Alcohol causes brain disorders of extreme importance and often is not diagnosed while the individual is unable to perform their routine activities. During the centuries of advancement of human health, various therapies have been discovered to treat particular diseases distinct society, but the family support and willpower of the patient are seen as part of psychiatric treatment. With the analysis of the results is expected to clarify the possible psychiatric disorders caused by alcohol and the importance and support offered by CAPS, besides the difficulty of the patient to remain healthy.

PALAVRAS-CHAVE: Alcohol, society, illness.

1 Acadêmicos do Curso de Farmácia na Faculdade União de Goyazes

2 Profª. Esp. Orientadora da Faculdade União de Goyazes.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	8
2- REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1- Produção e fórmula química do álcool	9
2.2- O organismo humano frente ao álcool	10
3- RELATO DE CASO	14
4- MATERIAIS E MÉTODOS	15
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1- INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta as reações de um indivíduo frente ao uso de bebidas alcoólicas ao longo de toda sua vida. Demonstrar o cotidiano do paciente no Centro de Apoio Psicossocial AD Renascer. Esta instituição estadual em parceria com o município é responsável pelo auxílio a pessoas que buscam voluntariamente a melhora da vida social tornando-se saudável, sem a obrigação de participar das dinâmicas e consultas médicas. O auxílio terapêutico, a medicação e as consultas com o psiquiatra são gratuitas, já que o governo e o município financiam todos os tratamentos e os funcionários para que o paciente possa se recuperar dos efeitos produzidos pelo álcool.

O álcool no organismo causa uma cascata de reações que agride principalmente o sistema nervoso central, levando o usuário à insanidade e sérios problemas de saúde por debilitar o cérebro em todos os aspectos. Sua ação libera substâncias que causam sensações de prazer e bem estar ao organismo e à mente do alcoólatra e quanto mais se toma, melhores são as sensações. A busca do cérebro pela falsa alegria e saciedade, a fuga da rotina cansativa e torturante leva jovens, adultos e até algumas crianças ao vício, como é o caso do voluntário deste estudo. O paciente começou a ingerir bebida alcoólicas aos doze (12) anos de idade, para fugir dos maus tratos dos pais, irmãos e colegas da escola. Com o passar dos anos, a necessidade da bebida aumentou mesmo os motivos sendo outros, como um dia estressante de trabalho. Esta é a realidade de muitas pessoas dependentes não só do uso de bebidas alcoólicas, mas também de outras drogas lícitas e ilícitas presentes na sociedade.

Com o alto índice de indivíduos dependentes, o governo criou um modo de tentar sanar esta situação. Com o impulso da reforma psiquiátrica e os novos modelos de tratamento, ficou mais fácil para a população necessitada tratar de sua saúde física, mental e social. O CAPS é uma forma de minimizar esses danos, onde a pessoa busca por conta própria sua saúde. Este modelo de instituição foi criado e aprovado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, tornando-se um dispositivo estratégico de reversão do modelo hospitalar

Representando 6% dos gastos do Sistema único de Saúde (SUS) a saúde mental ainda tem um déficit, apesar de que a realidade é diferente dos projetos apresentados. A quantidade de dependentes químicos que se tornaram moradores de rua é acima do oferecido para o tratamento, a verba só é descrita com base nos catalogados no sistema de acolhimento dos CAPS e relacionados com atendimentos em unidades públicas de saúde, como hospitais e postos.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Produção e fórmula química do álcool

O álcool na forma que o encontramos em bebidas é chamado etanol, pois possui dois átomos de carbono, seis hidrogênios e um oxigênio, em fórmula condensada representado por CH₃CH₂OH. O grupamento hidroxila (OH) associado ao hidrocarboneto provém todas as características particulares do álcool etílico. Antigamente o etanol era feito através da fermentação anaeróbia do açúcar, hoje a produção mais barata e comum é feita de derivados do petróleo com adição de água ao etileno ou eteno. A reação a seguir exemplifica a formação do etanol a partir do eteno, reagindo com água em meio ácido como catalisador.

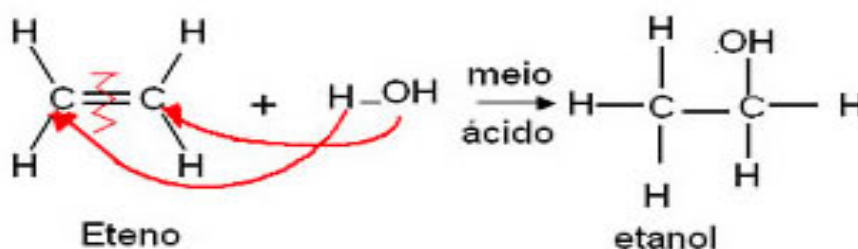


Imagem 1 – Fermentação de eteno/etileno em etanol em meio ácido como catalisador

Porém ainda hoje as bebidas alcoólicas mais fortes são as derivadas da fermentação da cana-de-açúcar (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). O etanol é formado a partir do *piruvato* em leveduras e em vários outros microrganismos. A primeira etapa é a descarboxilação do *piruvato*. Esta reação é catalisada pelo *piruvato descarboxilase*, que necessita da *coenzima tiamina pirofato*. Com o processo de

oxirredução, o álcool molecular é reduzido. Nesta reação um dos átomos de carbono do álcool perde um hidrogênio e passa da função álcool para a função aldeído (BERG; TYMOCZKO; STRYER, 2004). Esta desidrogenase está incluída em um grupo no qual a transferência de um *hidreto* para o outro lado do anel da molécula é característico.

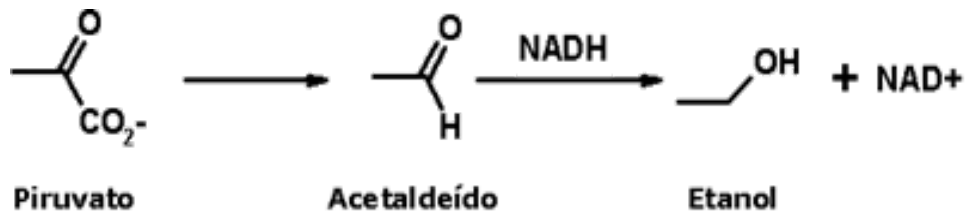


Imagem 2 – Descarboxilação do piruvato em etanol.

2.2- O organismo humano frente ao álcool

As reações do corpo humano frente ao álcool podem afetar a saúde como um todo, pois desorganiza funções e ações não feitas em sobriedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo define-se em bem-estar físico, moral e social do indivíduo. Existem reações que quase chegam a ser espontâneas, como alta micção e alterações de humor. Dependendo da quantidade ingerida de álcool as reações sociais desencadeadas pelos neurotransmissores liberados podem ser diferentes, sempre intensificando a personalidade do indivíduo.

Os efeitos do álcool receptor *N-M-D-Apartato* do glutamato, causam ação excitatória inicial e posteriormente a potencialização do GABA, excita primeiro e depois deprime o SNC. A concentração sérica do álcool é atingida entre 31mg/dL e 65mg/dL(LIMA, 2004).

O etanol potencializa a ação do *ácido gama-aminobutírico* (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central, atuando sobre os receptores GABA de maneira semelhante aos benzodiazepínicos. Entretanto, seu efeito sobre os receptores é menor e menos consistente do que os benzodiazepínicos. As vias neuronais que utilizam GABA desempenham importante ação inibitória sobre as demais vias nervosas.

O receptor para o GABA encontra-se associado ao canal de cloro e ao receptor de benzodiazepínicos, formando um complexo funcional. Quando o GABA se acopla ao seu receptor, promove o aumento na frequência de abertura dos canais de cloro, permitindo assim a passagem de maior quantidade do íon para o meio intracelular, tornando-se ainda mais negativo e promovendo, assim, hiperpolarização neuronal. Com o uso crônico de etanol, ocorrem algumas alterações no sistema gabaérgico, a saber: (a) Redução da capacidade do etanol em estimular a ação do GABA, (b) Diminuição da capacidade de um agonista benzodiazepínico em potencializar a atividade gabaérgica, (c) Redução da densidade de mRNA relacionado ao local de ação dos benzodiazepínicos e etanol (WONG et al., 2008).

Seu uso corresponde a uma tentativa de aliviar a ansiedade, superar inibições sociais e para induzir o sono. A dependência do álcool é caracterizada pela ingestão de mais de 80g de álcool diárias, referente à até 200mL de bebida destilada. Um dos fatores de risco existentes é a existência de transtornos fóbico-ansiosos e ansiosos, como a síndrome de abstinência.

Em ambos os sexos o álcool ocorre perda da massa branca e cinza, nas regiões cortical e subcortical, causando atrofia cerebral. A ingestão abusiva reduz a produção de dendritos no hipocampo e cerebelo, assim ocorre diminuição da resposta aos estímulos externos. A ação no GABA ocorre pela abertura de canais do *íon cloro* que hiperpolariza a membrana neuronal, deixando o neurônio mais resistente a estímulos (ZALESKI et al., 2004). Com esta ação, o cérebro não registra estímulos externos ao organismo e algumas regiões responsáveis pela sanidade são seriamente afetadas, levando o indivíduo a doenças mentais, crônicas ou em curto prazo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define embriaguez como sendo toda forma de ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional, aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores, como por exemplo, a hereditariedade, a constituição física ou as alterações fisiopatológicas adquiridas.

De acordo com a análise médica fazer uma diferenciação entre as fases da embriaguez torna-se difícil, muitas vezes até impossível, visto que são processados de forma sucessória e possuindo variações de acordo com a dosagem ingerida, a

resistência de cada ser variando sua massa magra corporal e o teor alcoólico da bebida .

A medicina divide a embriaguez em três estágios: subaguda, aguda e superaguda. Na antiguidade os árabes simbolizavam estas fases comparando-as com três animais: o macaco, o leão e o porco.

Na primeira fase encontramos um sujeito com alto nível de euforia, irrequieto, instável. Apesar do estado de euforia é comum que em alguns sujeitos a ocorrência de melancolia, levando o sujeito ao choro e a reclamações da vida. Nesta fase o álcool começa a paralisar os centros nervosos, atingindo primeiramente os centros cerebrais superiores e somente depois refletindo sobre as funções inferiores. A memória apesar de debilitada se conserva. Esta fase é também conhecida por embriaguez incompleta.

Na segunda fase o ébrio torna-se corajoso, não tem medo de ninguém e interpreta qualquer comentário ou olhar como uma afronta a sua pessoa, ficando exposto a brigas e confusões. Como o efeito do álcool começa pelas funções superiores do cérebro e só posteriormente atingindo as inferiores, visto que aquelas controlam estas, o indivíduo fica com os seus atos regidos por impulsos, praticando agressões, inconveniências e atos obscenos: trata-se da embriaguez completa. (GOMES, 1993, p. 129)

A fase do porco caracteriza ao sujeito comoção aos que estão ao seu lado, mostrando-se todo indefeso e exposto aos efeitos do álcool. O indivíduo não consegue andar sozinho, ampara-se em móveis em busca de apoio para se sustentar: trata-se de embriaguez comatosa. É comum a ocorrência de sono profundo, vômitos, ausência de sensibilidade cutânea, paralisia de membros, ausência de reflexos, as pupilas ficam dilatadas e não reagem ao efeito da luz.

Com a ingestão de etanol, os receptores dopaminérgicos D² e D³ são inicialmente, em pequenas doses excitados, causando recompensa na via dopamina mesolímbica. Em grandes quantidades o GABA é ativado e esses efeitos são bloqueados. (BITTENCOURT, 2000).

Na tentativa de amenizar a situação de calamidade que se alastrava no mundo todo, a psiquiatria clássica caiu em desuso, pois os pacientes terminavam em estado de saúde precário e até de insanidade completa pelos métodos utilizados. A reforma psiquiátrica chegou ao Brasil sendo imposta no final da década de setenta, com a busca na família por novos tratamentos que incentivassem mais a

cooperação do doente, e não a cura involuntária. Houve denúncias políticas relacionadas à precariedade dos manicômios onde a psiquiatria clássica imperava, e o novo sistema foi aceito. O novo modelo criado utiliza-se da vontade e disposição do doente e da família para a cura e já não obriga e impõe tratamentos de choque e medicamentosos ao doente, como acontecia anteriormente. Existem divergências políticas e sócio-culturais, por que se o doente já está excluído da própria família, sua disposição para tratar-se sem condições de moradia e incentivo afetivo prejudicam sua opção. Outras linhas de pensamento colocam este empecilho como maior motivo para a busca do próprio doente de recuperar seu controle da vida.

Deste modo, instituições estaduais foram criadas para amenizar o número de doentes em clínicas, os Centros de atenção Psicossocial (CAPS), onde o doente busca auxílio voluntariamente. A versão atual da reforma dispõe de proteção e direitos que as pessoas portadoras de transtornos mentais necessitam (GONÇALVES; SENA, 2001).

A política brasileira de assistência a saúde possui gastos proporcionais a demanda da necessidade populacional onde a divisão não está tão relacionada ao necessário. A verba do Ministério da Saúde para manutenção dos CAPS está em média somente com as estatísticas de acolhimento. Os moradores de rua, exilados da sociedade por causa do vício não recebem assistência alguma. Na maioria dos casos falta um simples incentivo, um grupo de pessoas destinadas a fazer este convite por que muitos não buscam por não sentirem necessidade de mudarem por alguma coisa.

No Brasil – com gastos de 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental e prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos – tem havido sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como ilustra o fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O dinheiro gasto no Brasil com esses recursos poderia ser maior, para que se pudesse incentivar os familiares a levarem seus entes para o tratamento adequado, sem os obrigarem, isto ao demonstrar o verdadeiro sentido do tratamento. O álcool tornou-se uma doença cultivada, e o dinheiro para tratar algo de tamanha escala é insuficiente, pois a facilidade em se obter o álcool se liga ao vício, já que este possui substâncias nocivas à saúde e provocam reações após a absorção no organismo.

3- RELATO DE CASO

O Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) AD Renascer mantém uma gama de pacientes que voluntariamente vão à busca do tratamento que necessitam para mudar de vida, abandonando drogas e vícios. Todos os anos uma estatística de auxílio é feita relacionando os pacientes aptos a receber alta das atividades terapêuticas, permanecendo com as consultas mensais.

O voluntário iniciou o uso de bebida alcoólica aos doze (12) anos de idade, vivendo em zona rural e sofrendo com maus tratos de outras crianças, o bullying ocorrido hoje em muitas escolas. De acordo com que os anos passavam, o consumo aumentou e a dificuldade em manter-se saudável também. Problemas como taquicardia, sudorese, fraqueza, irritação constante e alucinações chegaram ao estágio crônico, com transtorno bipolar.

O paciente iniciou o tratamento no CAPS em primeiro de setembro de dois mil e nove (01/09/2009), após uma internação em uma clínica psiquiátrica integral e com a busca por melhora de vida. A frequência no CAPS foi assídua, mas em Julho de dois mil e onze o paciente começou com recaídas e faltar nos grupos terapêuticos, onde atividades lúdicas com terapeutas ocupacionais e psicólogas são realizadas.

Desde a primeira consulta com o psiquiatra responsável da instituição, a medicação receitada é carbonato de lítio – 300mg; amitriptilina – 25mg; tioridazina – 50mg. O uso de decanoato haloperidol intramuscular e diazepam 10mg é utilizado somente em crise, quando o paciente retorna ao vício e possui alterações psicológicas, como alucinações e pensamento suicida. Essas situações não são

freqüentes, sendo que a última ocorrida foi em setembro de dois mil e onze. Desde essa data não houve mais nenhum episódio semelhante. O paciente comparece aos grupos de atividades, mas por não ser obrigado a participar da atividade, não corresponde a mesma. **Como ele esta hoje?**

4- MATERIAIS E MÉTODOS

A realização do presente trabalho ocorreu por meio da avaliação do prontuário médico do paciente em questão desde sua procura pela instituição de auxílio em Trindade- GO. Associada a uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos e outros meios de informação em periódicos (revistas, boletins, jornais).

Apresentando os mecanismos endógenos do álcool, seus efeitos colaterais associado a pesquisa em material bibliográfico com o prontuário do paciente e entrevista realizada com o médico responsável pelo tratamento.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados do prontuário médico do paciente, a doença apresentada pelo paciente está dentro dos parâmetros causados pelo uso abusivo de bebida alcoólica por um longo período. Apesar da alta dos grupos de apoio terapêutico, as consultas e a medicação ainda são necessárias. Os danos no SNC são permanentes, a ação tóxica do álcool, se utilizado por tempo prolongado como foi no caso do voluntário, é extremamente agressiva e permanente. A síndrome de abstinência do álcool está sempre presente no organismo pelo dano causado, ao SNC. A resistência criada pelos neurônios aos estímulos é danosa aos outros sistemas funcionais do corpo e a necessidade do controle da abstinência sempre será necessária.

Em relação à medicação utilizada desde o início do tratamento do paciente, alguns critérios devem ser descritos. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico clássico e sua capacidade é bloquear a recaptação dos neurotransmissores de serotonina e

norepinefrina a seus terminais nervosos. O nível plasmático é atingido numa faixa de 2-6 horas após sua administração oral e possui uma meia-vida extensa, de aproximadamente de 24 horas, sendo utilizado somente uma vez ao dia no caso do paciente em questão. O uso do carbonato de lítio é responsável por diminuir episódios psicóticos e potencializar os efeitos dos antidepressivos, pois age diminuindo o ciclo circadiano do organismo. Sua administração oral é eficiente e eficaz se ocorrer a cada 12 horas, também agindo na recaptação do GABA, retornando o paciente ao estado normal. A tioridazina é um antipsicótico tradicional que bloqueia respostas estereotipais e hiperatividade, porém seus efeitos motores em altas doses podem gerar catalepsia e diminuir a atividade motora espontânea. Essas reações são caracterizadas pelo bloqueio de receptores da dopamina no estriado e inativação dos neurônios dopaminérgicos na substância negra. O paciente apresentou sintomas negativos e positivos da esquizofrenia e distúrbio esquizoafetivo, porém um dos efeitos colaterais extrapiramidais agudos (EPS) é a agressividade, o que necessita a administração do carbonato de lítio, que diminui esse e outros efeitos EPS. O uso do decanoato haloperidol em crise psicótica é defendido pelas mesmas reações da tioridazina, mas seu efeito farmacológico na administração intramuscular é mais eficaz e agressivo, deixando o paciente em estado de quase inanidade. O uso do diazepam somente em crises é escolhido devido sua ação farmacológica, de relaxamento muscular a nível de medula espinhal e efeitos ansiolíticos. Incluindo também aumento do tempo total de sono, diminuição dos despertares, reduz latência do sono, mas aumentam os movimentos rápidos dos olhos, aumentando sonhos e pesadelos, o paciente não consegue acordar durante este período.(SCHATZBERG; NEMEROFF, 2002)

6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERG, J. M.; TYMOCZKO, J. L.; STRYER, L. *Bioquímica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1058 p.

BITTENCOURT, Alvorita Leite. **Mecanismo de ação do etanol**: envolvendo glutamato, GABA e dopamina. Disponível em:

<<http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n1/index.html>>. Acesso em: 01 fev. 2000.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A.. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, p.11-13, 2004.

GOMES, H. *Medicina Legal*. 30. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1993.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R.R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, p.48-55, mar. 2001.

HAES, T. M. de et al. Álcool e Sistema Nervoso Central. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital Das Clínicas da Fmrp Universidade de São Paulo*, Ribeirão Preto, n. , p.153-163, 2010.

LIMA, D. R.. *Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1 v.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.1053-1062, maio 2006.

SCHATZBERG, Alan F.; NEMEROFF, Charles B.. **Fundamentos de Psicofarmacologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WONG, Deysi V. T. et al. Álcool e neurodesenvolvimento: aspectos genéticos e farmacológicos. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Fortaleza - Ce, v. 1, n. 5, p.16-31, 2008.

ZALESKI, M. et al. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Alcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Florianópolis, p.40-42, 2004.