

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Manejo da Intoxicação e da Síndrome de Abstinência por Uso de Álcool

Versão: 1 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

VINICIUS DOS SANTOS SGUERRI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Vinicius dos Santos Sguerri, Unidade de Clínica Médica

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Correa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 21/1/2025

Código do documento: PRT.UCM.001

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Apresentar o protocolo de assistência em saúde ao cliente com uso de álcool, em situação de intoxicação ou na síndrome de abstinência alcoólica, de acordo com referências nacionais sobre o tema.

2. APLICAÇÃO/UNIDADES ENVOLVIDAS

Unidades Funcionais e Assistenciais que compõem o complexo hospital do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

3. CLIENTES

Usuários do complexo HC-UFTM, em atendimento de urgência e emergência e internados nas unidades assistenciais.

4. PRODUTO

Usuário atendido em sua necessidade, de acordo com os protocolos institucionais, relacionados às melhores práticas nacionais e internacionalmente aceitas.

5. CONTEXTUALIZAÇÃO

No Brasil, múltiplos estudos mostram que a prevalência do consumo de álcool na vida da população é de cerca de 75% e a dependência de álcool ocorre em cerca de 13%.

A dependência de álcool é caracterizada por sinais e sintomas clínicos que compreendem estreitamento de repertório, tolerância (definida por necessidade de usar o álcool em quantidade cada vez maior para atingir os mesmos efeitos desejados), abstinência (caracterizada por sinais e sintomas físicos e psíquicos que aparecem decorrentes da diminuição ou interrupção do uso do álcool), alívio ou evitação da abstinência pelo uso do álcool, desejo de consumir álcool e reinstalação da síndrome após abstinência.

Posteriormente à ocorrência da Síndrome de Abstinência Alcoólica, ou em paralelo, ocorre o *Craving (ou fissura)*, que é caracterizado por forte desejo ou compulsão de consumir a substância com comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância em termos de seu início, término ou quantidade, com manifestações comportamentais, características com sintomas de humor associadas à privação do uso do álcool.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

6.1. Para Intoxicação pelo uso de Álcool¹

A intoxicação alcoólica aguda é uma condição clínica transitória decorrente da ingestão de bebidas alcoólicas acima do nível tolerado pelo indivíduo, o que produz alterações psíquicas e físicas suficientes para interferir em seu funcionamento normal.

Seus estágios variam de embriaguez leve à anestesia, coma, depressão respiratória e, mais raramente, morte.

A intoxicação aguda por álcool é autolimitada. Muitas vezes, apenas assegurar a interrupção da ingestão de álcool, posicionar o paciente em decúbito lateral, para evitar broncoaspiração de vômitos e proporcionar um ambiente seguro e livre de estímulos podem ser medidas efetivas.

➤ **Procedimentos Assistenciais**

- a) Interromper a ingesta etílica;
- b) Posicionar o cliente em decúbito lateral a fim de evitar broncoaspiração;
- c) Realizar exame físico direcionado às complicações:
 - ✓ Avaliar hipoglicemia;
 - ✓ Nível de consciência e exame neurológico;
 - ✓ Crises hipertensivas;
 - ✓ Sinais de traumatismo cranioencefálico;
 - ✓ Focos de sangramento;
 - ✓ Busca por sinais de cronicidade: hepatomegalia e alterações cutâneas.
- d) Profilaxia da síndrome de Wernicke –Korsakoff:
 - ✓ Administração de Tiamina, 300mg, intramuscular;
 - ✓ Se necessário uso de glicose hipertônica: aguardar 30 minutos da administração de Tiamina intramuscular;
 - ✓ A utilização de soro fisiológico é necessária apenas se houver sinais de desidratação;
 - ✓ A utilização de glicose hipertônica é necessária apenas se houver hipoglicemia e não deve ser administrada antes de 30 minutos da administração de Tiamina intramuscular.
- e) Não administrar medicações que possam ter efeito cruzado com o álcool, sob risco de piora comportamental e agravamento do estado de consciência:
 - ✓ Benzodiazepínicos;
 - ✓ Anti-histamínicos (prometazina).
- f) Caso haja situação de agitação psicomotora e heteroagressividade, dar preferência aos antipsicóticos de alta potência:
 - ✓ Haloperidol, 2,5mg, intramuscular (meia ampola de haloperidol 5mg/ml), repetir em 30 minutos, se necessário, até contenção comportamental;
 - ✓ Dose máxima diária: 30 mg.

6.2. Para Abstinência Aguda pelo uso de Álcool¹

A síndrome de abstinência de álcool (SAA) caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após a diminuição ou a interrupção do uso de álcool, sendo o tempo e a intensidade desse uso diretamente proporcionais à gravidade da sua apresentação. A SAA tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar de 5 a 7 dias.

Seu quadro clínico está relacionado com o aumento da atividade autonômica, podendo incluir tremores de extremidades e da língua, ansiedade, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial, insônia, alteração do humor, cefaleia, vômitos, náuseas, inquietação, aumento da sensibilidade ao som e câibras musculares.

➤ **Procedimentos Assistenciais: casos Leves a moderados**

São casos leves a moderados aqueles onde há manutenção de orientação temporal, espacial e autopsíquica, ocorrência de agitação psicomotora discreta, com sintomas de natureza autonômica leves e tremores finos, discretos e ausência de complicações clínicas ou psiquiátricas graves:

- a) Dieta livre e assistida;
- b) Estímulo à hidratação oral;

- c) Profilaxia da síndrome de Wernicke –Korsakoff:
 - ✓ Administração de Tiamina, 300mg, Intramuscular, 1 vez ao dia, por 7 dias;
 - ✓ Após: Tiamina, 300mg, 1 comprimido ao dia, via oral, por período mínimo de 1 ano.
- d) Controle sintomático com uso de benzodiazepínicos:
 - ✓ Preferência pelo uso de Diazepam, 10 a 20mg por dia, com retirada gradual ao longo de 7 dias: o uso preferencial por Diazepam se relaciona a meia vida longa, com proteção sintomática por maior período;
 - ✓ Somente em casos de hepatopatia grave, optar por uso de Lorazepam, 2 a 4mg por dia, com posologia de 4 a 6 horas, devido a período de meia vida, com retirada gradual ao longo de 7 dias. Caso não houver hepatopatia grave, o uso preferencial é de Diazepam.

➤ **Procedimentos Assistenciais: casos graves**

São casos graves aqueles onde há desorientação alipsíquica e/ou autopsíquica e/ou histórico de comportamento violento, com prejuízo do juízo de realidade, ocorrência de agitação psicomotora importante, com sintomas de natureza autonômica e tremores generalizados, com a presença ou ausência de alucinoses (alucinações características: zoopsias – onde o indivíduo sente a presença de animais tateando ou tomando seu corpo), com a possibilidade de alterações psíquicas graves (exemplo: comportamento suicida):

- a) Monitoramento e locomoção restrita e observada;
- b) Redução de estímulos visuais e auditivos;
- c) Caso haja redução do nível de consciência: manter jejum pelo risco de broncoaspiração:
 - ✓ Nessa situação de jejum: fazer reposição de soroterapia com eletrólitos e glicose;
- d) Se não houver redução do nível de consciência: dieta leve, assistida, de acordo com tolerância do indivíduo;
- e) Estimulo à hidratação oral, quando possível;
- f) Profilaxia da síndrome de Wernicke –Korsakoff:
 - ✓ Administração de Tiamina, 300mg, intramuscular, 1 vez ao dia, por 7 dias;
 - ✓ Após: Tiamina, 300mg, 1 comprimido ao dia, via oral, por período mínimo de 1 ano.
- g) Controle sintomático com uso de benzodiazepínicos:
 - ✓ O uso de benzodiazepínico pode ser realizado até de hora em hora, de acordo com sintomatologia;
 - ✓ Preferência pelo uso de Diazepam, até 10mg por hora, com posologia máxima de 60mg por dia.

Após estabilização, conduzir como abstinência leve a moderada, com retirada gradual ao longo de 7 dias; o uso preferencial por Diazepam se relaciona a meia vida longa, com proteção sintomática por maior período.

Observação:

- Somente em casos de hepatopatia grave, optar por uso de Lorazepam, 2mg por hora, com posologia máxima de 12mg por dia. Após estabilização, conduzir como abstinência leve a moderada, com retirada gradual ao longo de 7 dias. Caso não houver hepatopatia grave, o uso preferencial é de Diazepam.
- Em casos de maior gravidade ou se ocorrência de crises convulsivas: a administração de benzodiazepínico por via endovenosa pode ser considerada, requer técnica específica e sobreaviso para manejo de eventual parada respiratória.

- Deve-se administrar, no máximo, 10 mg de diazepam (1 ampola, de 5mg/ml, com 2ml, durante 4 minutos e sem diluição).
- **O USO DE DIAZEPAM INTRAMUSCULAR NÃO É PERMITIDO E NÃO DEVE SER REALIZADO.**
- Em caso de *Dellirium Tremens*: seguir o procedimento para casos graves, com atenção ao monitoramento e ao risco elevado de mortalidade.

7. REFERÊNCIAS

Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas / Alessandra Diehl, Daniel Cruz Cordeiro, Ronaldo Laranjeira – Porto Alegre: Artmed, 2011¹.

Emergências psiquiátricas / João Quevedo, Ricardo Schmitt, Flávio Kapczinski (orgs.) – Porto Alegre: Artmed, 2008.

Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência/ Neury José Botega...(et al). – 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2006.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	7/11/2022	Elaboração da 1ª versão do documento em Rotina Operacional Padrão (ROP)
1	21/1/2025	Revisão de conteúdo e alteração do tipo de documento (de ROP para Protocolo - PRT)

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão 1 em Protocolo – data: 15/7/2024

Vinicius dos Santos Sguerri, chefe da Unidade de Clínica Médica (UCM)

Validação técnica – data: 21/11/2024

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados (STESP)

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

Registro, validação de forma e revisão – data: 21/1/2025

Ana Paula Correa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Aprovação – data: 7/1/2025

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 em ROP – data: 7/11/2022

Vinicius dos Santos Sguerri, médico psiquiatra e docente do Curso de Medicina da UFTM; Carlos Luís de Melo Bichuetti, médico psiquiatra; Luiz Carlos Fortes Filho, médico psiquiatra; Nayara Peres Aguiar, médica gastroenterologista; Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do Setor de Gestão da Qualidade e docente do Curso de Medicina da UFTM; Nara Rodrigues e Silva, assistente administrativo

Validação

Vinicius dos Santos Sguerri, referência técnica do Núcleo de Psiquiatria da UCM; Taciana Fernandes Araujo Ferreira, chefe da UCM; Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP; Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do STESP

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira, Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Ana Paula Correa Gomes, chefe da UPLAG

Aprovação

Taciana Fernandes Araujo Ferreira, chefe da DGC substituta