

# Transtornos mentais e de comportamento por

# álcool

# etílico

# Protocolo clínico



Montagem a partir de detalhes La Trappistine, de Alphonse Mucha, 1897.

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados à dependência química do álcool etílico.

Sistema Único de Saúde  
Estado de Santa Catarina, 2015.



# 1 INTRODUÇÃO

A Associação Médica Brasileira e outras entidades, numa ampla colaboração institucional e individual, vem aprimorando desde 2001, um conjunto de diretrizes<sup>1</sup>, periodicamente atualizadas e desdobradas, sobre a abordagem clínica dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias químicas, no qual este protocolo, em boa parte, se inspira<sup>2</sup>. Sendo diretrizes brasileiras, são bastante adaptáveis às várias realidades regionais de nosso país. Serviram também, com importantes indicações, os protocolos do sistema nacional de saúde britânico<sup>3, 4</sup>.

## 2 SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O abuso de bebidas alcoólicas tem predisponentes sociais importantes. Os levantamentos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), feitos com estudantes de ensino médio em capitais brasileiras, têm mostrado, ao longo dos anos, que a introdução ao ato de tomar bebidas alcoólicas inicia-se entre os 10 e 12 anos de idade, para 50% dos estudantes<sup>5,6</sup>. Este é um alerta para a importância da construção de programas de prevenção nas escolas, repressão da venda e controle do porte de bebidas em determinados espaços.

Os principais fatores de riscos que colaboram para o início de consumo do álcool em jovens são a curiosidade, a pressão do grupo social, o modelo familiar, a propaganda e a falta de políticas públicas<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> CREMESP; AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.** (Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0201.pdf>>.

<sup>2</sup> ABP; SBMFC. **Abuso e Dependência do Álcool.** Projeto Diretrizes. (Participantes: Campana AAM, Zaleski M, Ramos SP, Duailibi SM, Stein AT, Campana AAM, Zaleski M, Zago-Gomes MP, Ramos SP, Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC) Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_alcool.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_alcool.pdf)>.

<sup>3</sup> UK. Department of Health (England and the devolved administrations). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management.** Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <[http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical\\_guidelines\\_2007.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf)>.

<sup>4</sup> NHS. NICE. **Treatment for drugs misuse: Information about NICE clinical guidelines 51 and 52.** Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.

<sup>5</sup> CARLINI EA, GALDURÓZ JCF, Noto AR, Nappo SA. **I Levantamento domiciliar domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** SENAD, 2002.

<sup>6</sup> GALDURÓZ JC, NOTO AR, CARLINI EA. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.

<sup>7</sup> ABP. ABMFC. **Abuso e Dependência de Álcool.** Projeto Diretrizes. [Campana, A.A.M.; Zaleski, M. et al]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_alcool.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_alcool.pdf)>.

Sabe-se que a maioria dos usuários dos serviços de atenção básica que consome álcool em níveis de risco não apresenta um quadro de dependência química. Porém, a maior parte dos problemas ocasionados pelo consumo de álcool ocorre entre pessoas que não são dependentes, mas que apresentam comportamento de risco quando bebem. Avaliar os padrões de consumo de álcool é fundamental para prevenir consequências sociais e de saúde, começando no âmbito da atenção básica<sup>8,9</sup>.

## 2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

### F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

Aos signos alfanuméricos acima, podem se juntar, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
  - .30 Não complicado
  - .31 Com convulsões
- .4 - Síndrome de abstinência com delirium
  - .40 Sem convulsões
  - .41 Com convulsões
- .5 - Transtorno psicótico
- .6 - Síndrome amnésica
- .7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

## 3. DIAGNÓSTICO

O Protocolo de Acolhimento para Transtornos Mentais e Comportamentais Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas pode contribuir muito para a confecção do diagnóstico inicial e a montagem de um plano de tratamento. Os critérios a seguir são os da CID-10.

O questionário denominado CAGE é validado internacionalmente para rastreamento e montagem de hipótese inicial de dependência de álcool etílico<sup>10</sup>. Ele facilita a detecção dos bebedores de risco, para os quais um exame mais profundo e uma intervenção possam ser planejados. Contudo, o CAGE deve ser usado não como um inquérito rígido, mas diluindo suas perguntas em meio a uma conversa mais ampla, em que o usuário se sinta livre

<sup>8</sup> FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P.; MELLO, G.A.; FORTES, S.L. Os usuários de álcool, atenção primária à saúde e o que é “perdido na tradução”. **Interface** (Botucatu) 2011; 15(1):573-585. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1311.pdf>>.

<sup>9</sup> JOMAR, Rafael Tavares; ABREU, Angela Maria Mendes; GRIEP, Rosane Harter. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan. 2014 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100027&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>10</sup> CASTELLS, Maria Alicia; FURLANETTO, Letícia Maria. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, Mar. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100012&lng=en&nrm=iso)>.

para falar. Sua linguagem deve ser adaptada às condições culturais locais e ao entrevistado. As perguntas são:

- (1) Alguma vez você já sentiu que devia cortar (Cut) a bebida?
- (2) As pessoas irritam-no (Annoy) quando o criticam por beber?
- (3) Alguma vez já se sentiu envergonhado ou culpado (Guilty) por beber?
- (4) Alguma vez usou um drinque para abrir os olhos (Eye-opener), isto é, tomar um primeiro drinque logo pela manhã para dominar os nervos ou livrar-se de uma "ressaca"?

Aos jovens em situação de risco para o álcool pode-se somar algumas perguntas interessantes, do questionário denominado CRAFFT<sup>11</sup>.

- (C) Alguma vez você dirigiu um Carro logo após beber, ou enquanto estava bêbado?
- (R) Você sente necessidade de usar bebidas alcoólicas para Relaxar, para se sentir melhor ou para se encaixar entre as pessoas?
- (A) Você usa bebidas alcoólicas quando está abandonado, sozinho ou solitário?
- (F) Você esquece coisas, ou lhe Falta a memória, quando usa álcool?
- (F) Seus amigos ou sua Família costumam dizer que você deveria parar de beber?
- (T) Você já teve Transtornos ou incômodos em função da bebida?

Deve-se estimular a pesquisa ativa por meio da pergunta sobre quantas doses de álcool por dia a pessoa já utilizou e, sempre que possível, acrescentar informações com os familiares ou acompanhantes, para aumentar a certeza diagnóstica<sup>12</sup>.

A anamnese e o exame são, pois, os principais instrumentos para a montagem do diagnóstico. Os critérios diagnósticos a serem usados são os da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

O médico precisará, pois, diferenciar os seguintes quadros, aqui precedidos pelo dígito a ser colocado após o ponto, na classificação F10:

### **0 Intoxicação aguda**

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgirem lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras intoxicações, por envenenamento.

### **1 Uso nocivo para a saúde**

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). É um quadro de abuso da substância psicoativa.

### **2 Síndrome de dependência**

---

<sup>11</sup> ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Quality Network for Community CAMHS (QNCC). Practice standards** for young people with substance misuse problems. Publication number CCQI 127. Londres: RCP, 2012. Disponível em: <<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Practice%20standards%20for%20young%20people%20with%20substance%20misuse%20problems.pdf>> .

<sup>12</sup> ABP. ABMFC. **Abuso e Dependência de Álcool**. Projeto Diretrizes. [Campana, A.A.M.; Zaleski, M. et al]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_alcool.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_alcool.pdf)>.

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. É denominada alcoolismo crônico, etilismo crônico, dipsomania.

### **3 Síndrome de abstinência (ou estado de abstinência)**

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

### **4 Delirium tremens**

Síndrome de abstinência complicada pela ocorrência de *delirium*. É um estado de confusão mental, com alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória. Pode comportar convulsões.

### **5 Transtorno psicótico**

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. São os casos de alucinose alcoólica, de celotipia e paranoia etílica.

### **6 Síndrome amnésica (ou amnésica, ou confabulatória)**

Alterações crônicas importantes da memória (para fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação (imaginação ou lembranças isoladas e desconexas completando as falhas de memória) As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Inclui os casos de psicose de Korsakov, a síndrome de Wernike, a doença de Marchiafava-Bignami e outros transtornos amnésicos induzido pelo álcool.

### **7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia**

Transtorno raro, no qual as modificações, induzidas pelo álcool, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância.

Visando individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico, após identificar os critérios de padrão de consumo de um indivíduo, deve-se investigar alguns critérios de gravidade:

- a) Complicações Clínicas - Proporcionam critério objetivo da gravidade da dependência. Quando detectadas precocemente, muitas delas são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool. Alguns

pacientes aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos, podendo estimular a buscar pela abstinência.

- b) Comorbidades Psiquiátricas - A melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido, além de estimularem uma maior busca por tratamento médico.
- c) Suporte Social - Melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada.

Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de problema.

Em resumo, a avaliação inicial deve incluir<sup>13</sup>:

- a) Uma triagem breve e efetiva;
- b) Uma descrição detalhada do problema;
- c) A avaliação da motivação;
- d) O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidade;
- e) O plano de tratamento;
- f) Avaliação de processo e resultados.

### **Diagnóstico diferencial**

As principais condições clínicas que deveriam ser levadas em consideração como diagnóstico diferencial da síndrome de abstinência alcoólica são:

- a) Infecções (pneumonia, meningite, encefalite);
- b) Traumatismo crânio-encefálico, hematoma subdural;
- c) Encefalopatia hepática, má nutrição;
- d) Efeitos adversos de outros medicamentos;
- e) Com convulsões: tumor, alterações minerais ou hidroeletrolíticas, traumatismo craniano;
- f) Outras causas de *delirium*, não alcoólicas.

## **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Transtornos relacionados ao álcool etílico, com ou sem comorbidades.

## **5. CASOS ESPECIAIS**

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor Estadual ou Municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

---

<sup>13</sup> WERNECK, Ana Paula; MARQUARD, André R.; MENDONÇA, Andrea C. Dependência de Drogas Ilícitas. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação** (2 Volumes). Porto Alegre: Artmed, 2012, p 1968.

## 6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Recomenda-se que todo profissional de saúde investigue o uso de álcool e drogas nas pessoas atendidas, com atenção especial aos adolescentes.

A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (SF) nos Centros de Saúde (CS), constituindo-se a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas.

Intervenções breves, com uso de técnicas motivacionais, podem ser eficazes e aplicáveis por qualquer profissional de saúde. Veja-se o protocolo sobre acolhimento de transtornos decorrentes do uso de substâncias químicas.

Em determinados momentos, a combinação de psicoterapia e farmacoterapia é a técnica mais efetiva. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, medicamentos devem ser administrados, principalmente nos casos de abstinência alcoólica.

A equipe de saúde da família pode contar com o suporte das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

A família do paciente deve receber orientações e participar do tratamento. Além do acolhimento e aconselhamento da família pela equipe da unidade sanitária local, pode-se também encaminhá-las para grupos de autoajuda como Alcoólicos Anônimos (conhecido pela sigla AA, para dependentes do álcool)<sup>14</sup>, AL-ANON (para esposas de alcoolistas), AL-Ateen (para filhos de alcoolistas), NAR-ANON (para pais, parentes e amigos de dependentes de drogas que não o álcool)<sup>15</sup>, Amor Exigente<sup>16</sup>.

Quando a equipe de SF e/ou NASF constatar a necessidade de intervenções especializadas (por exemplo: alto risco de auto ou hetero-agressão, pessoas com dependência química grave, síndrome de abstinência alcoólica grave, comorbidade psiquiátricas graves, etc.), o indivíduo pode ser encaminhado para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quando for necessária internação hospitalar ou em comunidade terapêutica (ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF e/ou CAPS na modalidade intensiva, alto risco de hetero ou auto-agressão/suicídio), o CAPS fará a avaliação da indicação de tal procedimento, individualizando as opções de tratamento junto ao paciente e familiares.

Em situações de emergências e urgências médicas (tais como convulsões, coma, traumatismos graves, etc.), acionar o SAMU (telefone: 192).

Há quase duas décadas há estudos indicando que o tratamento do alcoolismo, com exceção dos quadros graves de abstinência, pode ser feito em regime ambulatorial, valendo-se e intervenções psicossociais, de terapias psicodinâmicas, terapias de grupo e comportamentais, com a ajuda de entidades auto-ajuda<sup>17</sup>. As evidências científicas mostram não haver vantagens na manutenção do paciente hospitalizado, afora os quadros de

---

<sup>14</sup> A página eletrônica dos AA é <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br>>.

<sup>15</sup> A página eletrônica do NAR-ANON é <<http://www.naranon.org.br>>. Há grupos funcionantes em algumas cidades de Santa Catarina.

<sup>16</sup> A página eletrônica do Amor Exigente é <<http://www.amorexigente.org.br>>.

<sup>17</sup> APA. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2a. ed. Washington: Psychiatric Practice Section, American Psychiatry Association, 2010. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1675010>>

delirium tremens ou síndrome de abstinência grave<sup>18</sup>. Contudo, os serviços que dão assistência continuada, diária, com certa intensidade e atividades cotidianas, como os CAPS, as unidades de acolhimento e os hospitais-dia, têm melhores resultados do que os ambulatórios em que o paciente se apresenta eventualmente para simples consultas<sup>19</sup>.

## 8. TRATAMENTO

### Tratamento da síndrome de dependência alcoólica

O aconselhamento, a intervenção breve e as terapias fundamentadas na entrevista motivacional são muito utilizadas, segundo as características de cada caso. Estão sumariamente explicitadas no Protocolo de Acolhimento.

Uma vez que a dependência ao álcool é de origem multifatorial, o tratamento deve ser proposto com base no contexto global do indivíduo que procura ajuda. A meta a ser atingida deve ser construída em conjunto com o paciente.

O tratamento farmacológico pode ser utilizado com as seguintes indicações:

- a) Fase de desintoxicação e tratamento da síndrome de abstinência ao álcool (SAA);
- b) Ajudar o indivíduo a não beber;
- c) Tratamento das comorbidades, que seguem os princípios gerais de tratamento para o quadro em questão.

O manejo clínico e medicamentoso da intoxicação aguda e a SAA e o local mais adequado para o tratamento está condicionado ao quadro clínico do indivíduo.

Além do manejo da síndrome de abstinência alcoólica, as estratégias farmacológicas são preferencialmente utilizadas em pacientes que pouco respondem às demais intervenções psicossociais.

O dissulfiram (DSF) é um agente aversivo ao álcool e tem demonstrado ser mais efetivo (diminui número de dias de consumo do álcool) para pacientes que acreditam em sua eficácia e permaneçam aderentes ao tratamento<sup>20, 21</sup>. O DSF oral supervisionado é eficaz quando incorporado a um tratamento que inclua uma abordagem de reforço comunitário; isto é, intervenções elaboradas com a finalidade de criar novas habilidades sociais, por meio de aconselhamento, além de atividades de ressocialização e recreacionais, que estimulem a abstinência. É importante a adoção de estratégias que aumentem a aderência ao tratamento,

---

<sup>18</sup> MCKAY, JAMES R.; ALTERMAN, ARTHUR I.; MCLELLAN, A. THOMAS; SNIDER, EDWARD C.; O'BRIEN, CHARLES P. Effects of random versus nonrandom assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 63(1), Feb 1995, 70-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.70>. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-26828-001>>.

<sup>19</sup> WEISNER C. et al. The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Serv Res.* 2000 Oct;35(4):791-812. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089153/>> e em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089153/pdf/hsresearch00012-0055.pdf>>.

<sup>20</sup> JØRGENSEN, C.H.; PEDERSEN, B.; TØNNESEN, H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. **Alcohol Clin Exp Res** 2011;35:1749-58. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21615426>> .

<sup>21</sup> KRAMPE, H.; EHRENREICH, H. Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. **Curr Pharm Des.** 2010;16(19):2076-90. Disponível em: <<http://www.dalecopharma.nl/site/media/pdf/Literatuur%20%20behandeling%20%20Alkoholisme%20met%20Refusal%20april2012.pdf>>.



tais como contratos sociais de contingência – que consistem em acordos terapêuticos entre o paciente e as pessoas envolvidas no seu tratamento, com o objetivo de determinar a supervisão da administração do medicamento por algum familiar; monitorização comportamental da abstinência; além de alguma forma de reforço positivo para a abstinência. A efetividade do tratamento aumenta com essas intervenções.

A posologia recomendada inicial do dissulfiram é 125 a 250 mg/dia durante 7 dias. Na manutenção é de 500 mg/dia. Está contraindicado pacientes com hepatite, cirrose hepática, insuficiência hepática, gravidez. Os principais efeitos colaterais relacionado com este medicamento é o *rash* cutâneo, disfunção sexual, fadiga, gosto metálico. Ao prescrever dissulfiram recomenda-se monitorar a função hepática período inicial da abstinência 24 a 48 horas e não usar bebida ou condimento que contenha álcool, como o vinagre.<sup>22</sup>

Alguns estabilizadores de humor, principalmente a **carbamazepina**, demonstram eficácia na síndrome de abstinência<sup>23</sup>, podendo ser usada para alívio dos sintomas de fissura e na diminuição dos sintomas ansiosos.

### **Tratamento da intoxicação aguda**

No caso da intoxicação alcoólica temos níveis progressivos de depressão do sistema nervoso central, em relação direta com os níveis de alcoolemia. Os sintomas de euforia leve, evoluem para tontura, ataxia e incoordenação motora e tardiamente para confusão e desorientação, atingindo até mesmo o coma.

O quadro a seguir define, segundo os sintomas e sinais, quais são as condutas de suporte à vida a serem tomadas:

---

<sup>22</sup> BORGES, D.R. **Atualização terapêutica**. 24ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

<sup>23</sup> BARRONS, R.; ROBERTS, N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther*. 2010 Apr;35(2):153-67. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01098.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20456734>>.

Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia relacionada e condutas		
Alcoolemia mg%	Quadro clínico	Conduta
30	euforia e excitação alterações leves da atenção	Ambiente calmo Monitoramento dos sinais vitais
50	incoordenação motora discreta alteração do humor personalidade e comportamento	Ambiente calmo Monitoramento dos sinais vitais
100	incoordenação motora pronunciada com ataxia diminuição da concentração piora dos reflexos sensitivos piora do humor	Monitoramento dos sinais vitais Cuidados intensivos à manutenção das vias aéreas livres Observar risco de aspiração do vômito
200	piora da ataxia náuseas e vômitos	Internação Cuidados à manutenção das vias aéreas livres Observar risco de aspiração Administração intramuscular de tiamina.
300	disartria amnésia hipotermia anestesia (estágio I)	Internação Cuidados gerais para a manutenção da vida Administração intramuscular de tiamina
400	coma morte (bloqueio respiratório central)	Emergência médica Cuidados intensivos para a manutenção da vida Seguir diretriz apropriada para a abordagem do coma

Fonte: AMB, CFM, 2002<sup>24</sup>.

### Tratamento da Síndrome de Abstinência do Álcool

Após 24 horas ou pouco mais, da última dose de álcool ingerida, é comum haver, no etilista crônico, uma síndrome leve a moderada, com ansiedade, tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Estes sintomas persistem, em média, de 7 a 10 dias. Alguns casos apresentam crises convulsivas tipo grande mal.

Em tais casos, o diagnóstico pode ainda ser mais especificado, utilizando-se os seguintes códigos:

F 10.30 - Síndrome de abstinência não complicada;

F 10.31 - Síndrome de abstinência com convulsões.

Dependendo das quantidades cotidianamente ingeridas, e de características pessoais, o quadro piora, apresentando, temporariamente, alucinações visuais, táteis e auditivas, complicando-se na forma de *delirium tremens*

São preditores de gravidade da síndrome:

- História anterior de síndrome de abstinência grave (repetidas desintoxicações);
- Alcoolemia alta sem sinais clínicos de intoxicação;
- Sintomas de abstinência com alcoolemia alta;
- Uso regular de tranquilizantes e hipnóticos concomitantemente à bebida alcoólica;
- Associação de problemas clínicos e psiquiátricos.

Há três níveis de atendimento, em complexidade crescente:

<sup>24</sup> AMB; CFM. **Abuso e Dependência do Álcool**. Projeto Diretrizes. [Marques, ACPR, Ribeiro M. (orgs.)]. Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

- 1) Tratamento ambulatorial;
- 2) Internação domiciliar;
- 3) Internação hospitalar.

Não se deve tentar manter o paciente em atendimento ambulatorial se o quadro passa a se definir como *delirium tremens*: em função dos riscos, é prudente que haja um tratamento intensivo, com recursos hospitalares, preferencialmente em hospital clínico.

O paciente precisa de monitoramento frequente, em um ambiente tranquilo, não estimulante, com luminosidade reduzida.

Precisa-se acalmar o paciente seguidamente, fornecendo-lhe orientações simples, para que não tenha medo, se localize no tempo e quanto ao local em que está, sobre o pessoal que o está tratando, e sobre os procedimentos que estão sendo realizados. Deve haver uma limitação de contatos pessoais.

A nutrição e reposição de fluidos precisam ser observadas. A hidratação é a base do tratamento. Precisa-se verificar se o paciente não é diabético, antes de aplicar solução de glicose, a 5% ou 10%. Pode-se optar também pela solução isotônica de cloreto de sódio.

Embora haja consenso sobre a necessidade da reposição de vitaminas (sobretudo a tiamina) durante o tratamento da síndrome de abstinência alcoólica, ainda existe controvérsia a respeito de doses preconizadas. A absorção oral de medicamentos pode estar prejudicada nos primeiros dias, devendo-se, portanto, proceder a administração parenteral.

O diazepam é utilizado como substituto do álcool etílico, durante a síndrome de abstinência. Em casos leves usa-se comprimidos, iniciando com 10 mg, podendo-se repetir 6 a 12 horas depois, conforme os sintomas.

Em casos mais sintomáticos, administra-se uma ampola de 10 mg de diazepam, diluída em solução de glicose, a 5% ou 10%, ou em solução isotônica de cloreto de sódio. Como regra, a dose inicial é de 0,1 a 0,2 mg/kg. Repetir a intervalos de 6 a 8 horas, até o desaparecimento dos sintomas agudos. A seguir, prosseguir o tratamento por via oral.

Os benzodiazepínicos são bem testados e conhecidos há décadas. Em todo o mundo são a medicação de primeira escolha para o controle dos sintomas, especialmente o diazepam e o clordiazepóxido<sup>25</sup>. O lorazepam, que é bem absorvido por via intramuscular, é mais seguro quando o paciente é idoso ou tem problemas hepáticos<sup>26</sup>, pois tem menos metabólitos ativos<sup>27</sup>.

Quanto à perfusão, o diazepam permanece estável em solução de glicose a 5% ou 10% ou em solução isotônica de cloreto de sódio, desde que se misture rapidamente o conteúdo das ampolas (máximo 4 ml) ao volume total de soluto (mínimo 250 ml), utilizando a mistura após o preparo. A administração intravenosa de diazepam deve ser sempre lenta (0,5 a 1 ml/minuto), pois a administração rápida pode provocar apneia e até morte por parada respiratória. Portanto, ao usar o fármaco por via endovenosa, deve-se ter instrumental de reanimação disponível.

A dose máxima que pode ser aplicada num humano é de 3 mg/kg ao longo de 24 horas.

---

<sup>25</sup> WOLF, K.M. et al. Prolonged delirium tremens requiring massive doses of medication. **J Am Board Fam Pract.** 1993 Sep-Oct;6(5):502-4. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8213241>>.

<sup>26</sup> PEPPERS, Michael P. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. **Farmacotherapy Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy.** Volume 16, Issue 1, pages 49–58, January-February 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8700792>>.

<sup>27</sup> DeBELLIS, Ronald et al. Management of Delirium Tremens. **J Intensive Care Med**, 2005 20: 164. Disponível em: <<http://jic.sagepub.com/content/20/3/164.abstract>> e em: <<http://ectweb.pbworks.com/f/Management+of+delirium+tremens.PDF>>.

## Tratamento do *delirium tremens*

O *delirium tremens* é um estado confusional breve, que pode colocar a vida em risco, como consequência de uma abstinência de álcool em bebedores gravemente dependentes e com longo histórico de consumo. Em alguns casos o *delirium* aparece durante um episódio de consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Os sintomas prodrômicos são a insônia, os tremores e um sentimento de medo, eventualmente com convulsões por abstinência. A tríade de sintomas clássicos é:

- a) Obnubilação de consciência e desorientação espaciotemporal, com confusão;
- b) Alucinações e ilusões vívidas, afetando todas as modalidades sensoriais;
- c) Tremores marcantes.

Agitação psicomotora, insônia ou inversão do ciclo do sono, sudorese e hiperatividade autonômica, com diarreia, incontinência urinária, vômitos, fraqueza, taquicardia, hipertensão estão também, geralmente, presentes. É comum haver hipomagnesemia e déficit nutricional com destaque à carência vitamínica.

O tratamento inclui os cuidados gerais e orientações, a hidratação por via endovenosa, a reposição de vitaminas e o uso de psicofármacos.

A tiamina é aplicada na dose de 500 mg EV, diluída em 100 ml de soro fisiológico 3 vezes ao dia, por 3 dias.

Assim que o paciente puder comer, pode-se receitar 100 mg de tiamina via oral, diárias. Complexos vitamínicos podem completar a prescrição.

Alguns autores defendem a importância da reposição de magnésio (sulfato de magnésio 1 g de 6/6 horas, em pacientes com função renal normal) e levam em conta, também, que possa haver necessidade de reposição de potássio<sup>28</sup>. Ainda não há, contudo, evidências científicas sobre os efeitos da prescrição de sulfato de magnésio nestes casos<sup>29</sup>.

O diazepam é a droga de primeira escolha, segundo o esquema descrito acima. Pessoas muito debilitadas, com problemas hepáticos ou idosos, podem ser medicadas com lorazepam, pela via IM.

Contudo, em casos de grande agitação, em que é difícil manter o paciente parado para receber a hidratação endovenosa, o haloperidol, na dose de 5 a 10 mg intramuscular pode ser útil. O haloperidol é recomendado também nos casos em que os sintomas persistam, sem responder ao tratamento com diazepam<sup>30</sup>.

Em geral, injeta-se de 2,5 a 5 mg (meia a uma ampola) IM e repete-se após cada hora, se necessário, embora intervalos de 4 a 8 horas sejam satisfatórios. Tão logo seja possível, esta via deve ser substituída pela via oral. A dose máxima IM é de 10 mg/dia. Doses exageradas podem causar convulsões, síndrome neuroléptica maligna, liberação extrapiramidal, e outras complicações.

<sup>28</sup> HAES, Tissiana Marques et al. Álcool e sistema nervoso central. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 43, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/173/174>>.

<sup>29</sup> SARAI, M. et al. Magnesium for alcohol withdrawal. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD008358. DOI: 10.1002/14651858.CD008358.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008358.pub2/full>>.

<sup>30</sup> STEWART, Stephen. Assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in the acute hospital: concise guidance. **Clin Med** June 1, 2012, vol. 12 no. 3, 266-271. Disponível em: <<http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/12/3/266.full>>.

## FÁRMACOS PRECONIZADOS

Os medicamentos citados neste protocolo, constantes no Formulário Terapêutico Nacional e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) são mostrados nos dois quadros seguintes.

Fármacos usados em transtornos por álcool etílico e no *delirium tremens*.

	Diazepam	Haloperidol	Tiamina
Indicação	Síndrome de abstinência do álcool, ansiedade.	Sedativo de emergência para agitação intensa e <i>delirium</i> .	Intoxicação ou síndrome de abstinência por álcool. Encefalopatia de Wernicke
Posologia em adultos e adolescentes	Síndrome de abstinência do álcool: IM ou EV - Inicial 10mg Manutenção: 5 a 10 mg a cada 3 a 4 horas. VO - 10 mg a de 3 a 4 vezes nas primeiras 24 horas. Manutenção: 5mg VO a cada 3 a 4 vezes ao dia, conforme necessidade. Ansiedade: 2 a 10mg VO de 2 a 4 vezes ao dia e 2 a 10 mg IM ou EV a cada 3 a 4 horas dependendo da necessidade.	VO 0,5 a 5mg de 2 a 3 vezes ao dia (dose máxima: 100mg/dia). IM (haloperidol lactato): 2 a 5mg, a cada 4 a 8 horas.	500mg EV em 100ml SF 0,9%/30min, 3 vezes ao dia por 3 dias
Modo de administração	VO: Administrar com alimentos ou água. Via sonda: diluir o comprimido em quantidade suficiente para administração. EV Bolus: direto, lentamente (5mg/min. em adultos e 2mg/min. em crianças) EV Intermitente: diluir a dose na concentração máxima de 5mg/ml SG 5% ou SF 0,9%. IM: Aplicar profunda porque a absorção é irregular.	VO: não administrar com café ou chá. Pode ser administrado com suco ou água. Via sonda: diluir o comprimido em quantidade suficiente para administração. EV Bolus (haloperidol lactato): direto ou diluído em solução SG 5% (1mg/min.) IM: esta é a via de escolha. Haloperidol decanoato não deve ser administrado via EV.	VO: administrar junto com alimento. EV: Diluir 100mg de SF ou SG 5%, infundir por 30 minutos
Contra-indicação	Glaucoma de ângulo estreito agudo, miastenia grave, menor que seis meses de idade, insuficiência hepática grave e respiratória grave, gestação e lactação.	Estado de coma, Doença de Parkinson, gestação, Lactação.	Hipersensibilidade a tiamina.

Fonte: Truven Health Analytics, Micromedex Drugdex System, 2014<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> TRUVEN Health Analytics. **Micromedex DrugdexSystem**. Ann Arbor: Truven Health Analytics Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.micromedexsolutions.com/home/dispatch>>.

Fármacos usados em transtornos por álcool etílico e no *delirium tremens*.

	<b>Diazepam</b>	<b>Haloperidol</b>	<b>Tiamina</b>
Efeitos adversos comuns	Hipotensão, rash, diarreia, fraqueza muscular, ataxia, incoordenação, sonolência, euforia, depressão respiratória, fadiga	Hipotensão, constipação, xerostomia, acatisia, distonia, sonolência, visão borrada.	Reação no local da aplicação IM ou EV.
Orientação clínica	Evitar atividades que exijam estado de alerta ou a coordenação mental.	Evitar atividades que exijam estado de alerta ou a coordenação mental. No caso de exposição solar utilizar filtro solar, por possível reação de fotossensibilidade. Monitorar sintomas extrapiramidais.	Monitorar na insuficiência renal. E orientar o paciente na administração oral ingerir durante as refeições. Compatível com a gestação e amamentação.

Fonte: Truven Health Analytics, Micromedex Drugdex System, 2014.