

Síndrome de Abstinência Alcoólica

Última revisão: 10/7/2014
Estabelecido em: 23/11/2007

Responsáveis / Unidade

Helian Nunes de Oliveira – Médico
Vanuza Fortes Ribeiro – Médica | CCPC

Colaboradores

Adriana Carvalho Valadares Vargas – Farmacêutica | IRS
Alexandre de Aguiar Ferreira – Médica | IRS
Ana Carolina Sarkis Salgado – Médica | UFMG
Roberta Aparecida Gonçalves – Médica | IRS
Sérgio Passos Ribeiro Campos – Médico | IRS

Revisão (10/07/2014)

Marco Túlio Paolinelli Pellegrini – Médico | DIRASS
Vanuza Fortes Ribeiro – Médica | CCPC

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹ 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente por problemas relacionados ao uso de álcool que é causa de cerca de sessenta tipos de doenças. O álcool figura como causa das quatro doenças mais incapacitantes. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos a taxa de mortes relacionadas ao uso de álcool pode atingir 9%. A última pesquisa por domicílio, 2005² demonstrou que o Brasil apresenta 12,3% de dependentes ao álcool e pesquisas do Ministério da Saúde relatam aumento do consumo de álcool entre as mulheres nos últimos anos: 2006 8,1%, 2007 9,3% e 2008 10,5%. No mesmo ano 29% dos homens relataram consumo de álcool. Em torno de 60% dos acidentados no trânsito apresentam índices de alcoolemia superiores aos permitidos pelo Código Brasileiro de Trânsito. Esses dados justificam que a investigação sobre o uso de álcool seja realizada em todos os atendimentos.

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é um estigma da Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) (Bertolote, 1997), sendo um indicador da existência de dependência, sinalizando consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente (Scivoletto & Andrade, 1997).

Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Podendo evoluir com complicações como alucinações, Delirium Tremens (DT) e convulsões e óbito.

O manejo da SAA frequentemente é o primeiro passo no tratamento da dependência do álcool e representa um momento privilegiado para a adesão do paciente ao tratamento.

Considerando a heterogeneidade de condutas no tratamento da SAA no Brasil (muitas delas sem evidências científicas), contrastando com o sólido conhecimento internacional sobre o que fazer e o que não fazer na SAA, a Associação Brasileira de Psiquiatria dentro do Projeto Diretrizes desenvolvido em cooperação com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina organizou a Diretriz sobre Abuso e Dependência do Álcool, 2002. É com base nessa Diretriz e em evidências científicas relevantes sobre o assunto que organizamos este protocolo.

OBJETIVOS

1. Orientar o profissional de saúde no diagnóstico, avaliação e tratamento da SAA;
2. Orientar o diagnóstico, avaliação e tratamento das complicações clínicas e psiquiátricas associadas;
3. Contextualizar as necessidades da clientela dos hospitais da rede FHEMIG e o encaminhamento para acompanhamento da Dependência Química.

SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria

BDZ- Benzodiazepínicos

CIWA-AR- *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revisto*

DT- Delirium Tremens

SAA- Síndrome de Abstinência Alcoólica

CAGE- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Médico;
- Equipe de enfermagem;
- Psicólogo (nas unidades clínicas pode não ser possível);
- Assistente Social;
- Leitos de observação;
- Leitos de internação clínica e leitos de CTI;
- Equipamento e material para soroterapia;
- Psicofármacos, tiamina e outros sintomáticos conforme descritos no protocolo;
- Apoio de laboratório de análises clínicas.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Diagnóstico

A. História completa do uso de álcool

Diante da suspeita de uso de álcool ou SAA em qualquer situação clínica/urgência aplicar o **CAGE** – (**ANEXO I**).

É importante investigar:

- Há quanto tempo faz uso de álcool;
- Quando o uso se tornou frequente, quais bebidas são ingeridas e a dose média consumida ;
- Se faz uso esporádico, porém abusivo, chegando à intoxicação (Binge);
- Se há uso concomitante de outras drogas;
- Se houve interrupção abrupta ou diminuição da ingestão e há quanto tempo;
- Se a interrupção foi programada e sob supervisão ou involuntária;
- Se ocorre em decorrência de doença clínica/intervenção cirúrgica ou trauma que ocasionou internação hospitalar e interrupção involuntária.

B. História clínica e psiquiátrica

É importante investigar tanto os quadros clínicos que podem ser desencadeados pelo uso crônico como gastrite, insuficiência hepática, HAS, quadros de carências nutricionais, diabetes; como os quadros psiquiátricos que podem estar associados aos abusos de drogas como transtorno bipolar, esquizofrenia e depressão.

- Investigar as co-morbidades e doenças causadas pelo uso crônico de álcool;
- Avaliar a interrelação entre elas e o consumo de álcool;
- Avaliar a superposição de eventos de liberação alcoólica, doenças agudas, síndrome de abstinência por outras drogas e diagnósticos diferenciais (PC 027 Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas).

Nos ambulatórios de atendimento primário, quadros de ansiedade, insônia, hiperventilação, sudorese, tremores, taquicardia hipertensão arterial, náuseas, refluxo gastr-esofágico, diarreias,

gastrites entre outros indicam avaliação adequada do uso de álcool (**CAGE**).

Nas enfermarias, pacientes em observação pós-cirúrgica por várias causas, pneumonias, gastrites, pancreatite aguda, especialmente AIDS onde o índice de dependentes químicos é muito elevado é preciso avaliar o consumo de álcool (**CAGE**).

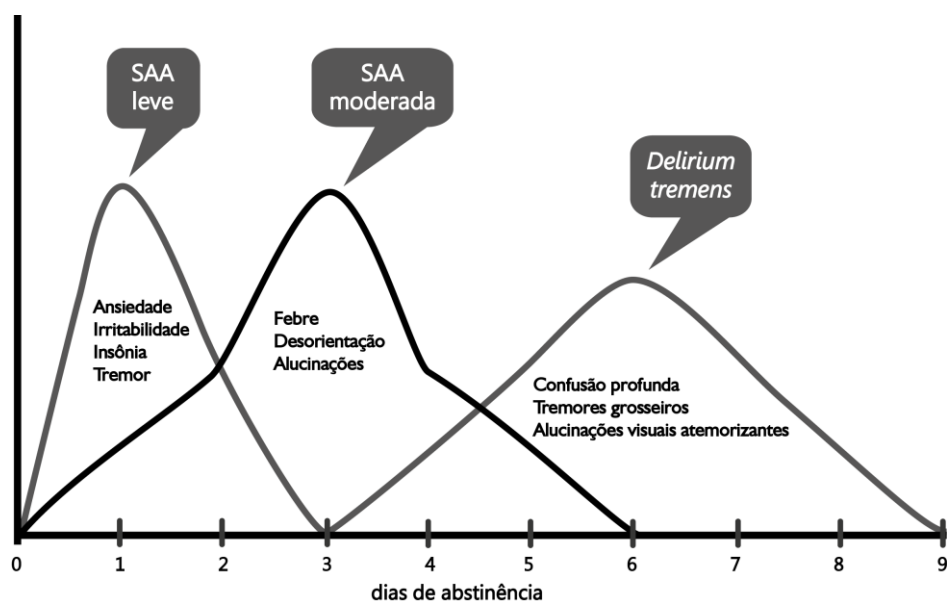
É importante lembrar que em 60% dos acidentes automobilísticos estão envolvidos pessoas alcoolizadas. Muitos entre eles são dependentes e entrarão em abstinência involuntária caso sejam internados; tais quadros, são frequentemente ignorados e subdiagnosticados.²⁴

C. Quadro clínico e psiquiátrico da SAA - Escala de CIWA-AR (ANEXO II) e encaminhamentos

Noventa por cento dos pacientes desenvolvem sintomas de abstinência nas primeiras 24 horas após interrupção do álcool. Em geral apresentam sintomas leves a moderados (ANEXO III e ANEXO IV), podem prescindir de internação e o tratamento pode ser domiciliar sob acompanhamento ambulatorial.

Cerca de 5% dos pacientes evoluem para SAA grave nas 48 horas seguintes à interrupção e destes, 3% podem evoluir para *delirium tremens* após 72 horas ou apresentar convulsões (cerca de 10 a 15% das SAA).

Figura 1. Gravidade e Duração dos Sinais e Sintomas da SAA



Fonte: Freeland et al., 1993; Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool, 2002.

A avaliação médica deve ser realizada para aquilatar condições médicas ou psiquiátricas graves que complicam o tratamento da abstinência alcoólica, e avaliar a necessidade de internação hospitalar clínica ou psiquiátrica. Além de preparar a adesão ao tratamento ambulatorial da dependência, se houver; ou dos quadros psiquiátricos encontrados.

Deve ser avaliado:

- Sinais de patologias psiquiátricas graves, idéias suicidas e comprometimento cognitivo importante;
- Sinais de descompensação clínica: hepática, renal, hidreletrolítica, cardíaca ou neurológica;
- Sinais de sangramento gastrointestinal;
- Gravidez;
- Ausência de cuidadores que possam gerenciar o tratamento ambulatorial;
- Impossibilidade de ingestão oral de medicamentos;
- História de convulsões e episódios danteriores de SAA com evolução para *delirium tremens*.

Os testes de laboratório incluem hemograma completo, eletrólitos séricos, glicemia, função hepática e testes de função renal, exame de urina; se possível, teste de presença de drogas na urina. História de uso/abuso de outras drogas pode necessitar de cuidados específicos (PC 027 Acolhimento ao Usuário de álcool e drogas).

Mulheres antes da menopausa devem realizar teste de β HCG. Um eletrocardiograma é sugerido para pacientes acima de 50 anos, ou se houver histórico de problemas cardíacos. A radiografia de tórax pode ser indicada para pacientes com problemas respiratórios crônicos ou sintomas respiratórios.

História de quadros anteriores de abstinência aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas graves. A história do uso de múltiplas drogas e várias tentativas frustradas de parar de beber, diminui a probabilidade de sucesso em desintoxicação ambulatorial. Além disso, os fatores de risco para *delirium tremens* precisam ser cuidadosamente avaliados.

Este protocolo optou pela utilização da escala de **CIWA-Ar** (Clinical Institute Withdrawal Assessment from Alcohol-revised) como ferramenta para a avaliação da gravidade e evolução da SAA.

Esta escala auxilia nas tomadas de decisão em três esferas do tratamento: a necessidade do uso de medicação, o local aonde realizar a desintoxicação, e a gravidade e acompanhamento dos sintomas durante o tratamento:

- **Score >8** – Quadro leve: O paciente pode não necessitar de internação para desintoxicação a não ser que tenha história de ingestão de álcool nas últimas 6-8 horas, história de Binge ou de vários episódios anteriores de abstinência. Nestes casos deve permanecer em observação;
- **Scores entre 8 e 15** – Quadro moderado: O paciente ainda pode ser tratado ambulatorialmente ou necessitar permanecer em observação (Hospital-Dia ou Ambulatório de Crise). Deve ser encaminhado após a alta para Serviço de Atendimento a Dependência Química (CAPS-ad ou CMT) - **APÊNDICE I**;
- **Scores <15** – Quadro grave: É muito provável que este paciente necessite internação clínica, particularmente se estiverem presentes sinais de delirium, como temperatura elevada, alterações sensoriais e cognitivas.

A aplicação da escala CIWAR-Ar orienta sobre o manejo adequado do paciente. Deve ser reaplicada até de 15 em 15'. À medida que os índices de gravidade vão melhorando as avaliações podem ser espaçadas até de 8 em 8 horas. Estes valores também orientam a prescrição medicamentosa como se verá adiante.

Se em algum momento houver agravamento do quadro e os índices alcançarem escores acima de 20 a transferência para unidade de urgência clínica está recomendada (Apêndice I)

Pacientes que relatam beber mais de cinco doses de bebidas destiladas por dia, durante duas semanas ou mais (Binge) devem ser monitorados cuidadosamente. Aqueles que interromperam o uso há mais tempo (acima de 3-4 dias) apresentarão quadros mais graves (**Figura 1**).

Lembrando que o uso de álcool é responsável por inúmeras patologias é importante avaliar o risco de dependência ao álcool e, portanto, de desenvolvimento de SAA em diversas situações:

Emergências Médicas:

Reiteramos que as vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e domésticos e dos diversos episódios violentos frequentemente se encontram alcoolizadas. É preciso investigar o uso de álcool entre estes pacientes e realizar a prevenção de SAA utilizando Tiamina além de não perder a oportunidade para abordar a dependência corretamente.²⁴

Clínica Médica:

Crise hipertensiva, taquiarritmias, fibrilação atrial paroxística, vômitos, dor abdominal e cefaléia e distúrbios gastrointestinais (pancreatites, úlceras, cirrose, entre outros), distúrbios nutricionais (desnutrição, deficiência vit B₁₂, folatos, tiamina, piridoxina, etc) neoplasias;

Neurologia:

Neuropatias periféricas, doença cerebelar, convulsões – após período de libação, crise isolada, sem complicações, convulsões durante evolução da síndrome de abstinência, complicada com disautonomia, distúrbios hidreletrolíticos, hipertensão grave, rabdomiólise;

Psiquiatria:

Ansiedade, crises de pânico, alucinação, alucinações, paranóia, delírios e agitação psicomotora, comorbidade em transtornos de humor e esquizofrenia;

Ortopedia:

Fraturas por quedas e osteoporose durante intoxicação aguda, com evolução subsequente, "quedas" por convulsão como sintoma de SAA não diagnosticada, ou intoxicação, miopatias graves;

Cirurgia buco-maxilo-facial:

Fraturas de face;

Cirurgia Geral:

Quedas, contusões, lesões cortantes, "queda-da-própria-altura" (convulsões são causa frequente).

D. Critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência ao álcool (SAA)- OMS

Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses;

Pelo menos três dos sinais devem estar presentes:

- (1) Tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
- (2) Sudorese;
- (3) Náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;
- (4) Taquicardia ou hipertensão;
- (5) Agitação psicomotora;
- (6) Cefaléia;
- (7) Insônia;
- (8) Mal-estar ou fraqueza;
- (9) Alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;
- (10) Convulsões tipo grande mal.

E. Tratamento

Os objetivos iniciais de desintoxicação são a segurança e o tratamento efetivo da abstinência, isto é, a prevenção de agravamento do quadro com convulsões, alucinações ou a evolução de *delirium tremens*.

✓ Objetivos

- Aliviar os sintomas existentes;
- Prevenir o agravamento do quadro com convulsões e delirium;
- Vincular o paciente ao tratamento da dependência propriamente dito;
- Prevenir a ocorrência de síndromes mais graves no futuro.

E.1. Tratamento não Farmacológico

- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- Tranquilização do paciente ,evitar gestos ameaçadores e oferecer segurança;
- Oferecer local seguro, cadeira, maca com proteção lateral, maca com cabeceira elevada ou mesmo o chão, para evitar quedas (PC 047- Prevenção de quedas);
- Manutenção de ambiente iluminado, evitar ruídos;
- Estimular a hidratação oral;
- Monitorar pulso, pressão arterial, nível de consciência e hidratação;
- Fornecer acesso a data, hora, e informações médicas e de enfermagem;
- Suporte do serviço social e psicologia, sensibilização dos familiares e orientações sobre a doença, os riscos de agravamento e encaminhamento para serviços de Tratamento de Dependentes Químicos;
- Quadros clínicos leves (>8 escala CIWA-AR) a moderados (<20 escala CIWA-AR) podem ser tratados ambulatorialmente (recomendação **A**).

E.2 Tratamento Farmacológico

O que não se deve fazer:

- Oferecer álcool. Além de não ser opção terapêutica ainda pode levar o paciente e familiares a crer que álcool é remédio;
- Hidratar indiscriminadamente, atenção aos pacientes cardiopatas que podem descompensar;
- Aplicar difenilhidantoína e clorpromazina;
- Utilizar diazepam endovenoso sem suporte ventilatório;
- Aplicar glicose sem a utilização prévia de Tiamina.

Estratégias para uso de benzodiazepínicos na SAA (recomendação A)

O objetivo é minimizar o desconforto do paciente, e evitar convulsões. A literatura é controversa quanto à necessidade de prescrever anticonvulsivantes desde o início do tratamento ou somente se houver convulsões.

No segundo caso o foco se dá nos sintomas. Utilizando a escala de **CIWAR-Ar** a intervalos curtos de 15 a 20 minutos e prescrevendo somente a partir do aparecimento dos sintomas, inclusive convulsões. A prescrição baseada em sintomas, através da aplicação da escala de **CIWAR-Ar** diminui as doses necessárias e a duração do período de hospitalização mostrando-se mais eficaz que a utilização de esquemas rígidos de prescrição. Havendo melhora do quadro, a prescrição de benzodiazepínicos é espaçada e as avaliações também (8/8 horas).

Embora vários medicamentos sejam utilizados com o objetivo de minimizar os sintomas, os benzodiazepínicos de longa ação são os preferidos (Mayo-Smith 1997). O objetivo é minimizar o desconforto do paciente, portanto, a sedação ideal é leve, isto é, em que é possível despertar o paciente. (CIWA-Ar > 15).

Pontuação menor que 15 na escala CIWAR-Ar

Paciente não precisa ser internado, o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente. Sugerimos utilização das orientações contidas no PC 027- Acolhimento ao Usuário de Álcool e Drogas que especifica os exames a serem solicitados, orienta aplicação da Entrevista Motivacional, abordagem de familiares/responsáveis pelo Serviço Social e encaminhamentos.

Pontuação maior que 15 na escala CIWA-Ar

Diazepam: 10 a 20 mg VO/IM de 1/1 hora ou a critério médico (até 40mg/dia);

Clordiazepóxido: 50 – 100 mg VO de 1/1 hora;

Hepatopatias graves: Lorazepam 2-4 mg VO de 1/1 hora.

Reduzir os benzodiazepínicos gradualmente de acordo com quadro clínico, pois sua manutenção acarreta riscos.

- Perigo de tolerância cruzada com álcool;
- Risco de desenvolvimento de dependência e/ou uso abusivo alternado com o álcool;
- Agravamento dos transtornos ansiosos durante o acompanhamento ambulatorial.

Na presença de convulsões o uso de anticonvulsivantes não demonstrou benefícios superiores ao uso de Benzodiazepínicos e, portanto, não há indicação de seu uso. (NSW, 2008).

Tiamina (A)

Jamais administrar glicose sem uso prévio de Tiamina (pelo menos 30') devido ao elevado risco de desenvolvimento de Encefalopatia de Wernicke.

Em pacientes desnutridos, adolescentes, hepatopatas, idosos e alcoólatras crônicos a Tiamina deve ser mantida mesmo após alta. É importante ressaltar que os dependentes de álcool frequentemente alimentam-se mal e apresentam múltiplas carências alimentares.

Não há evidências científicas suficientemente fortes sobre as doses adequadas de Tiamina ou de polivitamínicos nos quadros de SAA e mesmo de Encefalopatia de Wernicke.

Nos casos graves que requerem internação pode ser necessário manter a Tiamina 200 mg ao dia, injetável nos primeiros dias devido ao risco de vômitos. Em ausência de vômitos pode ser administrada VO. A manutenção de Tiamina após a alta dependerá da avaliação clínica do paciente. Doses superiores estão reservadas para o tratamento da Encefalopatia de Wernicke.

Em presença de quadros severos, com escores acima de 20 na Escala **CIWA-Ar** ou presença de convulsões está indicada internação em Unidades Clínicas, monitoramento e controle dos distúrbios hidreletrolíticos, função hepática e renal (**APÊNDICE I**).

Medicação sintomática e de suporte para as complicações clínicas conforme quadro clínico apresentado.

Alucinações

O paciente em abstinência frequentemente se apresenta desorientado, confuso e muitas vezes sintomas alucinatorios agravam o desconforto do paciente. O uso de Haloperidol 5mg injetável pode ser necessário caso o paciente se encontre muito agitado.

As fenotiazinas não são recomendadas devido ao risco potencial de convulsões e por serem menos efetivas que os benzodiazepínicos no controle dos demais sintomas.

Uso de **Clonidina** embora indicado em caso de hipertensão deve ser utilizado com atenção pois pode mascarar alterações de ritmo cardíaco. Já foi relatado que pode estar associado com o delírio.

Delirium Tremens (DT)

Delirium tremens é a forma mais severa de SAA, é uma emergência médica.

Apresenta:

- Confusão mental e desorientação;
- Agitação extrema às vezes requerendo contenção (Vide Protocolo Clínico de Contenção);
- Tremores grosseiros, instabilidade autossômica (flutuações de pulso, PA), distúrbios hidreletrolíticos e hipertermia, ideação paranóide, distraibilidade, alucinações visuais (zoopsias) intensas e sensoriais podendo ou não apresentar convulsões.

É um evento infrequente com risco de óbito (1%) que indica internação em unidade clínica. A frequência de DT aumenta com a repetição de episódios de SAA. Em alguns casos necessita até de cuidados intensivos.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DT incluem:

- História de beber sustentado;
- História de DT anterior;
- Idade superior a 30 anos;
- A presença de uma doença concomitante;
- Retirada significativa de álcool na presença de um nível elevado de alcoolemia;
- Um período mais longo desde a última dose (ou seja, os pacientes que se apresentam com a retirada de álcool após mais de dois dias desde sua última dose são mais propensos a experimentar DT do que aqueles que se apresentam dentro de dois dias).

Exige diagnóstico diferencial com as seguintes condições: hematoma subdural, TCE, encefalopatia de Wernicke, encefalopatia hepática, hipóxia, sepse, distúrbios metabólicos, intoxicação associadas a outras drogas.

A duração média de DT é de 2-3 dias, porém, pode se prolongar por semanas. Desordens psicóticas graves podem mimetizar o quadro.

Por fim, é necessária atenção especial ao momento social em que vivemos onde a possibilidade de dependência cruzada com outras drogas, particularmente com o crack, vem se tornando cada vez mais frequente e exige cuidados adicionais.

Quadros psiquiátricos podem frequentemente associar-se, entretanto, é necessário a recuperação completa da SAA a fim de abordar a patologia psiquiátrica. Portanto, preconiza-se o encaminhamento para atendimento ambulatorial que reavalie o paciente após 2 semanas. (NSW Guidelines- Drug and alcohol withdrawal clinical guidelines- 2008)

ITENS DE CONTROLE

1. Número total de pacientes com SAA com aplicação da escala CIWA-Ar conforme o protocolo) / Número total de pacientes com SAA.
2. Número total de pacientes que usaram Tiamina 200mg injetável por três dias.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
2. MINAS GERAIS. Linha Guia da Hipertensão Arterial, Belo Horizonte, Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuia.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Hipertensão Arterial e Diabetes para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica; 7) (Série A-Normas e Manuais Técnicos) www.saude.gov.br/bvs.
5. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica-Prevenção Clínica de Doença cardiovascular cerebrovascular e Doença Renal Crônica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p. (Caderno de Atenção Básica; 14) (Série A-Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs.
6. Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, 2000. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude/.../protocolos/protocolo_hipertensao/protocolo_hipertensao.ht...-9k.

Bibliografia Adicional Recomendada

1. <http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>.
2. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil- IBGE.
3. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/9/servicos.html>.
4. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de MedicinaCEBRID.
5. Castro, L. A.; Baltieri, D. A.Intervenções farmacológicas no tratamento da dependência do álcool.SNC em foco.8132006.

6. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves HN, SoaresMB, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastrí S, Hochgraf PB, GigliottiAde P, Lemos T; Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs.[Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs(ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other drugs dependence]. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Jun;28(2):142-8. Epub2006 Jun 26. Portuguese.
7. Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. [Alcohol and violence: psychiatry andpublic health] Rev Bras Psiquiatr. 2005 Sep; 27 (3): 176-7. Epub 2005 Oct 4. Portuguese.
8. Laranjeira R, Romano M. [Brazilian consensus on public policies on alcohol]RevBras Psiquiatr. 2004 May; 26 Suppl 1:S68-77. Epub 2005 Jan Portuguese.
9. Pinsky I, Laranjeira R. Alcohol in Brazil: recent public health aspects. Addiction. 2004 Apr; 99 (4): 524. No abstract available. Erratum in: Addiction. 2005 Feb; 100 (2): 264.
10. Bayard, Max; Mcintyre, Jonah; Hill, Keith R. and Woodside JR, Jack.Alcohol Withdrawal Syndrome. Journal of the American of Family Physicians, 2004; 69: 1443-50 <http://www.aafp.org/afp/20040315/1443.html>.
11. Bjorkqvist Se, Isohanni M, Makela R, Malinen L. Ambulant treatmentof alcohol withdrawal symptoms with carbamazepine: a formal multicentredouble-blind comparison with placebo. Acta Psychiatr Scand 1976; 53: 333-42.
12. Hoes M. J. A. J. M. B-vitamins and magnesium in delirium tremens and alcoholism."In: Clin Psychiatry, 40(11): 476-9 3-2, Nov. 1979.
13. Holbrook Am, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysisof benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. CMAJ 1999; 160: 649-55.
14. Koste TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. p. 252. Abordagem do Paciente em Síndrome de Abstinência Alcoólica: Diagnóstico, avaliação e tratamento.Engl J Med 2003; 348: 1786-95.
15. Rey E, Treluyer JM, Pons G. Pharmacokinetic optimization of benzodiazepine therapy for acute seizures: focus on delivery routes. Clin Pharmacokinet. 1999; 36: 409-24.
16. Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC- Brown University Department of Medicine, Roger Willians General Hospital, Providence Rhode Island: Benzodiazepines requirements during alcohol withdrawal sybdrome: clinical implications of using a stardadied withhdrawal scale. J Cli Psychopharmacol, 1991: 11(5): 291.
17. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines Mental Health and Drug & Alcohol Office, NSW Department of Health, 2008.
18. Marques ACPR, Ribeiro M.Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves, Araújo MR, Baltieri DA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastrí S, Nobre MRC, Oliveira RA,Romano M, Seibel SD, Silva CJ.Abuso e Dependência do Álcool-Projeto Diretrizes- Associação Brasileira de Psiquiatria, 21 de agosto de 2002.
19. Day E., Bentham P, Callaghan R, et al. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse.Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.

CAGE - CUT DOWN, ANNOYED BY CRITICISM, GUILTY AND EYE OPENER

O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas	0 - Não	1 - Sim
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA – Ar)

Nome:	Data:
Pulso ou FC:	Hora:

1- **Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?**

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Náusea leve e sem vômito |
| 4 | Náusea recorrente com ânsia de vômito |
| 7 | Náusea constante, ânsia de vômito e vômito |

2- **Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:**

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Não visível, mas sente |
| 4 | Moderado, com os braços estendidos |
| 7 | Severo, mesmo com os braços estendidos |

3- **Sudorese:**

- | | |
|---|---------|
| 0 | Não |
| 4 | Facial |
| 7 | Profusa |

4- **Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?**
Código da questão 8

5- **Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?**
Código da questão 8

6- **As luzes tem parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?**

- | | | | |
|---|------------|---|-----------------------|
| 0 | Não | 4 | Alucinações moderadas |
| 1 | Muito leve | 5 | Alucinações graves |
| 2 | Leve | 6 | Extremamente graves |
| 3 | Moderado | 7 | Contínua |

7- **Você se sente nervoso(a)? (observação)**

- | | |
|---|---|
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 4 | Leve |
| 7 | Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo? |

8- **Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?**

- | | | | |
|---|------------|---|--------------------|
| 0 | Não | 4 | Moderado / grave |
| 1 | Muito leve | 5 | Grave |
| 2 | Leve | 6 | Muito grave |
| 3 | Moderado | 7 | Extremamente grave |

9- **Agitação: (observação)**

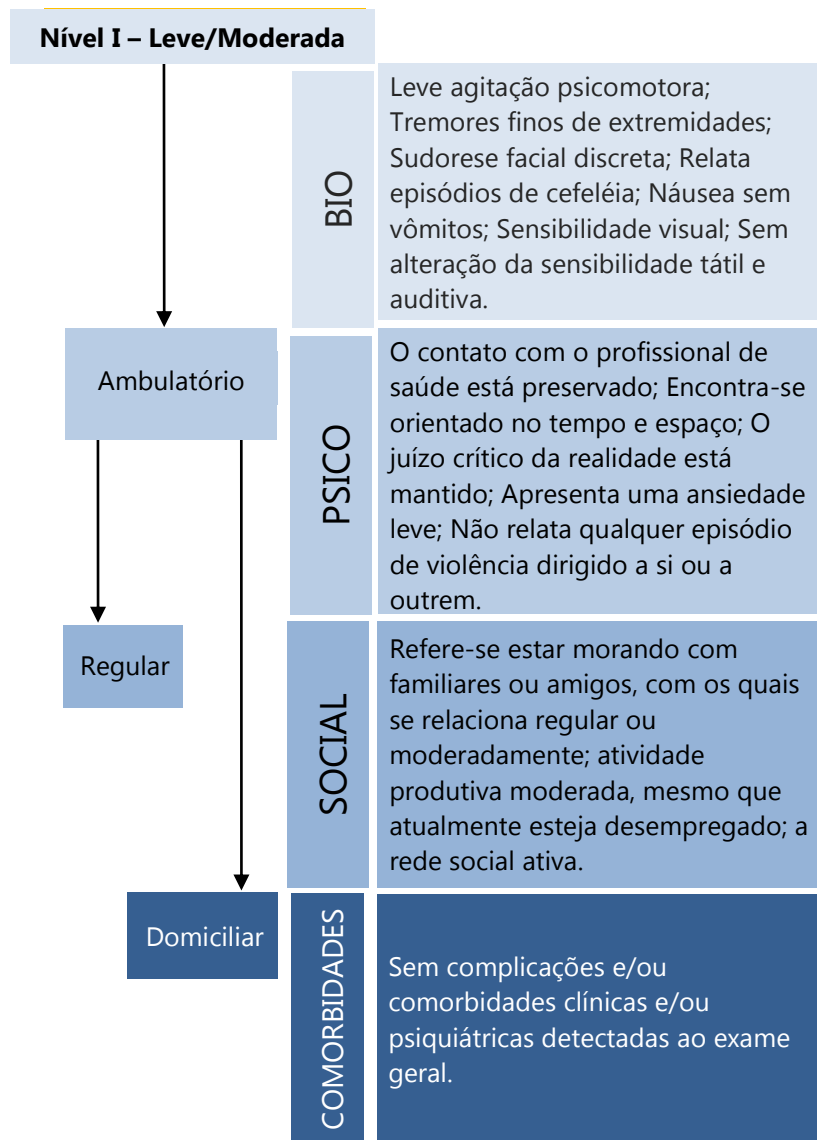
- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 | Normal |
| 1 | Um pouco mais que a atividade normal |
| 4 | Moderadamente |
| 7 | Constante |

10- **Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)**

- | | |
|---|---|
| 0 | Orientado |
| 1 | Incerto sobre a data, não responde seguramente |
| 2 | Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias |
| 3 | Desorientado com a data, com mais de 2 dias |
| 4 | Desorientado com o lugar e pessoa |

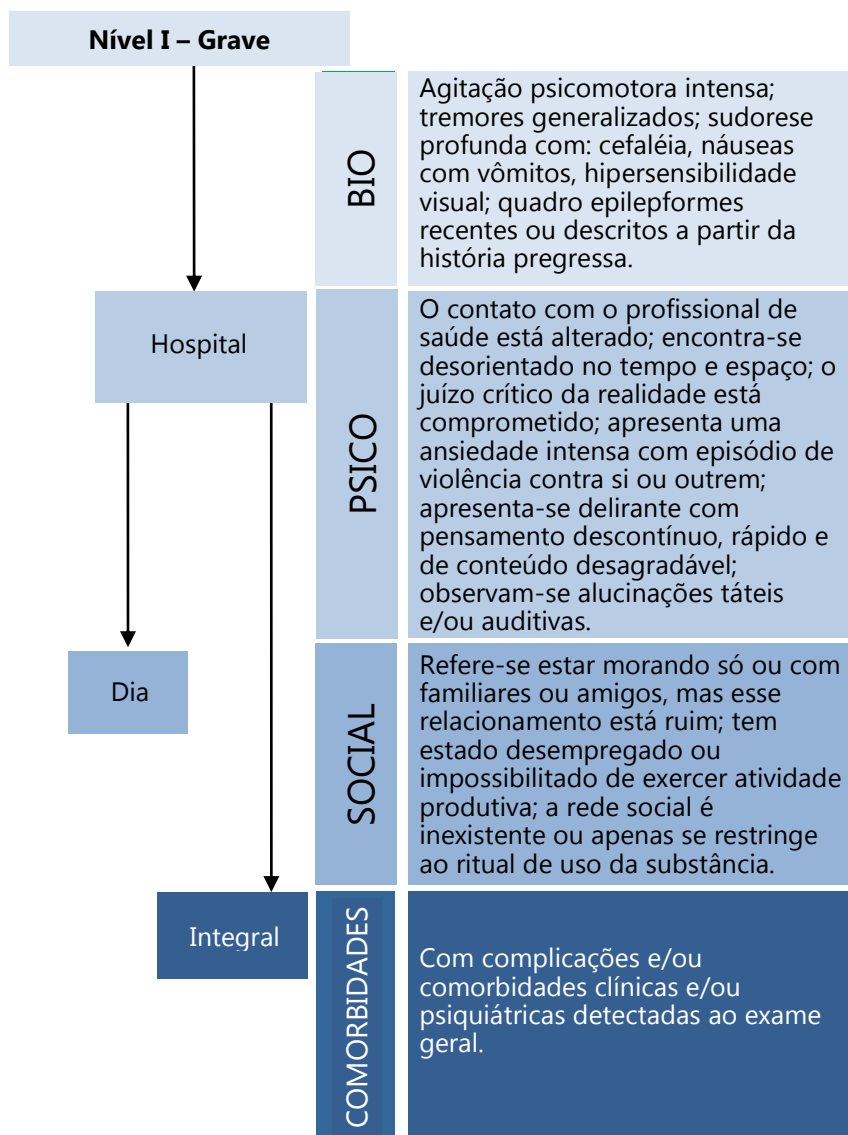
Escore

Conjunto de Sintomas e Sinais da SAA nível I



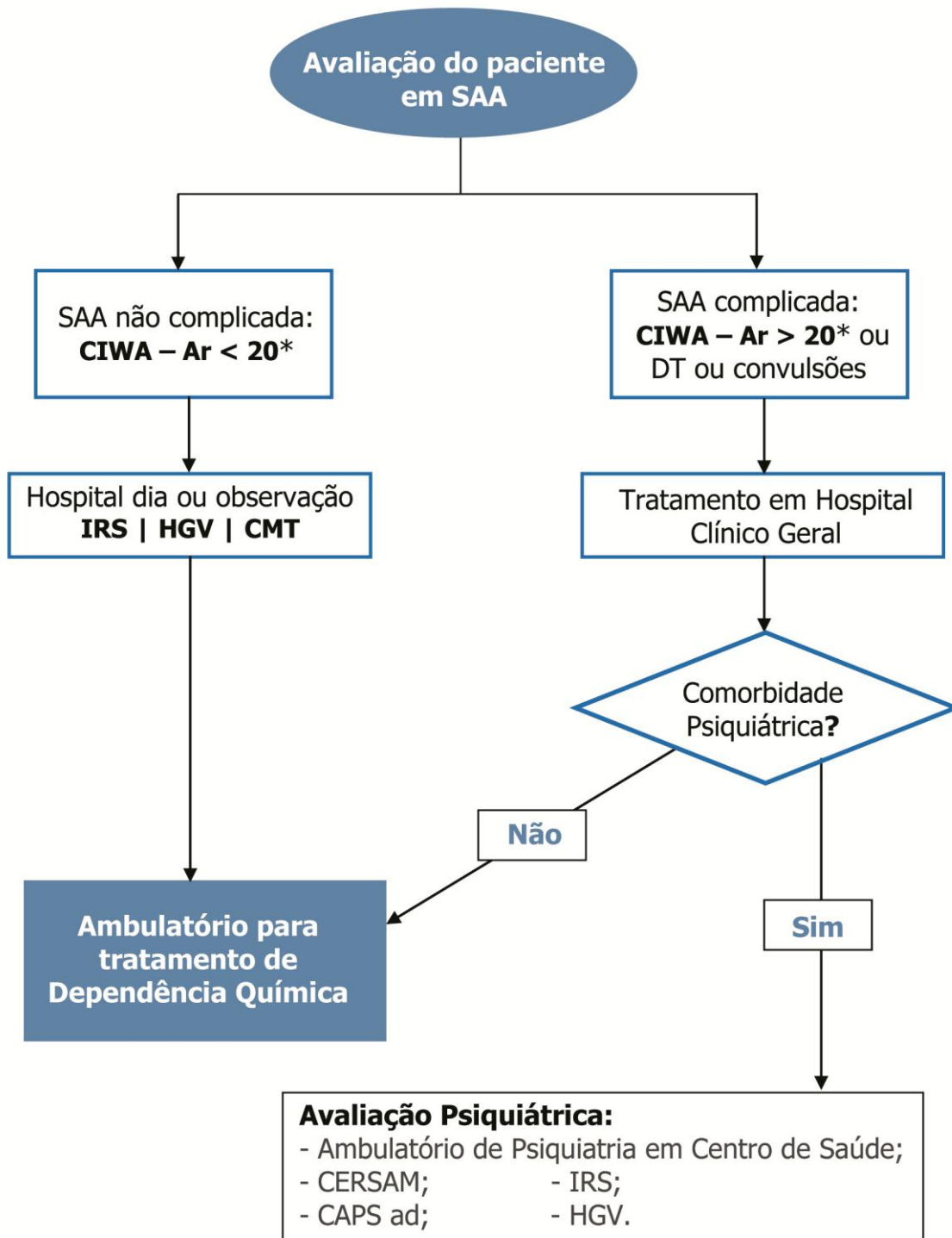
Fonte: Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool

Conjunto de Sintomas e Sinais da SAA nível II



Fonte: Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool

Fluxograma para o Atendimento da Síndrome de Abstinência ao Alcool



*Projeto Diretrizes - Associação Brasileira de Psiquiatria - Uso e Dependência do Alcool
www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf