

**FHEMIG**<sup>®</sup>  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS

# Protocolos *CLÍNICOS*

---

## Intoxicação Alcoólica Aguda

034

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DIRETORIA ASSISTENCIAL

GERÊNCIA DE DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens acrescentadas a esta edição é dos autores. A responsabilidade pelos direitos autorais das versões anteriores permanece dos autores dessas versões. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

# PC 034 Intoxicação Alcoólica Aguda

4ª Edição, 2023.

## AUTORES DESTA EDIÇÃO

Luiz Guilherme Pimenta de Carvalho<sup>1</sup>

Thalyta Joana de Oliveira<sup>2</sup>

Anna Luiza Garcias Melo<sup>3</sup>

## COLABORADORES

Guilherme Donini Armiato<sup>4</sup>

Camila de Andrade Oliveira<sup>5</sup>

Desirée Mainart Braga<sup>6</sup>

Deise Campos Cardoso<sup>7</sup>

## VALIDADORES

Lara Drummond Paiva<sup>8</sup>

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos<sup>9</sup>

## AUTORES DE VERSÃO ANTERIOR - 2012

Autores: Ana Maria Chagas, Daniel Eugênio de Freitas, Eliane Mussel, Fernando Teixeira Grossi, Jerson Soares Antunes Júnior, Leonardo José Tolendal e Raquel Martins Pinheiro. Colaboradores: Audary Ferreira, Guilherme Freire Garcia, Helian Nunes de Oliveira, Rogério Pereira Fonseca, Sérgio Campos e Vitória Sandra Nolasco.

---

<sup>1</sup> Preceptor da clínica médica do Hospital João XXIII

<sup>2</sup> Médica residente da Clínica médica do Hospital João XXIII 2021-2023

<sup>3</sup> Médica residente da Clínica médica do Hospital João XXIII 2021-2023

<sup>4</sup> Médico do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde da DIRASS/FHEMIG

<sup>5</sup> Acadêmica de enfermagem do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde da DIRASS/FHEMIG

<sup>6</sup> RT do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde da DIRASS/FHEMIG

<sup>7</sup> Epidemiologista do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde da DIRASS/FHEMIG

<sup>8</sup> Gerente interina de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG

<sup>9</sup> Diretora Assistencial da FHEMIG



## APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são algumas premissas que norteiam o trabalho da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), desde a sua inauguração em 03 de outubro de 1977.

A Fundação é uma das maiores gestoras de serviços públicos do país, atuando sempre em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Oferece serviços de alta e média complexidade e exerce papel de relevância e impacto macrorregional e estadual. É composta por 19 Unidades Assistenciais - organizadas por complexos - e o Sistema Estadual de Transplantes. Nesse cenário assistencial desafiador, possui papel de destaque em ensino e pesquisa, sendo um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde com vivência em saúde pública do país.

Nosso interesse genuíno pelo fortalecimento da saúde pública, por meio da formulação e implementação de diretrizes clínicas assistenciais, faz com que esteja em foco a nossa responsabilidade social, com a produção e divulgação de Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos, que têm sido amplamente utilizados para consulta e apoio em serviços de saúde pública.

Este protocolo sistematiza ações para o manejo de pacientes com quadro de Intoxicação Alcoólica Aguda, sendo aplicável à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG e de extrema relevância para aquelas inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado.

A integração da FHEMIG com a rede SUS, por meio de um diálogo vivo e efetivo com a RAS e com o gestor pleno, impacta nas definições de competências e na equidade, proporcionando maior qualidade aos serviços ofertados.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos  
Diretora Assistencial da FHEMIG

## EXPEDIENTE FHEMIG

### **Presidência**

Renata Ferreira Leles Dias

### **Chefe de Gabinete**

Carolina Santos Lages

### **Diretoria Assistencial**

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

### **Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação**

Diana Martins Barbosa

### **Diretoria de Gestão de Pessoas**

Ana Costa Rego

### **Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças**

Lucas Salles de Amorim Pereira

### **Controladoria Seccional**

Ana Carolina de Aguiar Vicente

### **Procuradoria**

João Viana da Costa

### **Assessoria de Comunicação Social**

Michèlle de Toledo Guirlanda

## **UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG**

### **Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência**

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício Giarola Oliveira**

### **Complexo Hospitalar de Especialidades**

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - **Samar Musse Dib**

### **Unidades Assistenciais de Saúde Mental**

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**  
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**  
Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

### **Complexo Hospitalar de Barbacena**

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

### **Unidades Assistenciais de Referência**

Hospital Regional Antônio Dias - **Polyana de Oliveira Caires**  
Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**  
Maternidade Odete Valadares - **José Luiz de Almeida Cruz**  
Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

### **Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados**

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**  
Casa de Saúde Santa Fé - **Roberto Rodrigues Corrêa**  
Casa de Saúde Santa Izabel - **Gabriella Rodrigues da Silva**  
Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**  
Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

### **Sistema Estadual de Transplantes**

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACLS:** *Advanced Cardiac Life Support* (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia)

**ABCDE:** Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

**AIH:** Autorização de Internação Hospitalar

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSad:** Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

**CID 10:** Código Internacional de Doenças

**CK:** Creatinoquinase

**DSM IV:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**ECG:** Eletrocardiograma

**EV:** Endovenosa

**FC -** Frequência cardíaca

**FHEMIG:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

**GABA:** Ácido gamaaminobutírico

**GLU:** Glutamato

**PA:** Pressão arterial

**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial

**SPA:** Substância Psicoativa

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**Tax:** Temperatura axilar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1 PATOGÊNESE .....	8
<b>1.2 FASES DA INTOXICAÇÃO ALCÓOLICA</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Fase excitatória.....	9
1.2.2 Fase depressora .....	10
1.2.3 Fase de ressaca.....	10
<b>2 PALAVRAS CHAVE</b> .....	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>4 UTILIZADORES POTENCIAIS</b> .....	<b>11</b>
<b>5 POPULAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>8 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS</b> .....	<b>11</b>
<b>9 MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO</b> .....	<b>12</b>
<b>10 ATIVIDADES ESSENCIAIS</b> .....	<b>12</b>
10.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	12
10.2 ESPECIFICAÇÃO DA GRAVIDADE ATUAL .....	13
10.3 PERGUNTAS NORTEADORAS.....	14
10.4 EXAME FÍSICO.....	14
10.5 TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO ALCÓOLICA AGUDA.....	15
10.5.1 Abordagem Inicial.....	15
10.5.2 Casos de Intensidade Leve a Moderada .....	17
10.5.3 Casos de Intensa Agitação ou Agressividade .....	17
10.5.4 Casos graves (intensa depressão ou coma).....	18
10.5.5. Vincular o paciente com dependência alcoólica a tratamento específico .....	19
<b>11 BENEFÍCIOS POTENCIAIS</b> .....	<b>19</b>
<b>12 RISCOS POTENCIAIS</b> .....	<b>20</b>
<b>13. ITENS DE CONTROLE</b> .....	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>22</b>
<b>APÊNDICE I FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA</b> .....	<b>25</b>
<b>ANEXO I CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA</b> .....	<b>27</b>
<b>ANEXO II INTERVENÇÃO BREVE PARA PACIENTES COM USO NOCIVO DO ÁLCOOL</b> .....	<b>28</b>
<b>ANEXO III – NOTA TÉCNICA USO DE TIAMINA EM QUADRO DE ALCOOLISMO AGUDO</b> .....	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Intoxicação Alcoólica Aguda é um problema de saúde pública. O álcool é a droga mais consumida no mundo e seu uso nocivo acarreta em complicações tanto para o organismo do indivíduo quanto em danos sociais. É responsável por 5,9% de todas as mortes (KASPER, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é umas das maiores causas de risco evitável para desordens neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares, cirrose hepática, neoplasias, doenças infecciosas, além de acidentes de trânsito e violência doméstica (WHO, 2010).

Levantamentos realizados em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apontam que 70% dos brasileiros que residem em cidades com população superior a 200 mil habitantes já tenha experimentado algum tipo de bebida alcoólica e cerca de 11% são dependentes de álcool, sendo maior a sua incidência entre os homens.

Dentre as emergências relacionadas ao álcool, a intoxicação aguda é a causa mais frequente de avaliações no pronto-socorro. As manifestações clínicas e a intensidade dos sintomas não dependem exclusivamente da quantidade de álcool ingerido, mas de outros elementos associados, como: condição genética do indivíduo, presença de comorbidades, concomitância de eventos externos alheios à vontade do paciente (acidentes, traumas, etc.) e à associação de outras substâncias, podendo, inclusive, haver intoxicação sobreposta por outras drogas. De um modo geral, o conceito de “*binge drinking*” é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, que geralmente resulta em intoxicação aguda (NAIMI, 2003). Importante observar que até 90% dos pacientes que bebem em excesso não são dependentes do álcool (ESSER, 2014).

Em crianças é frequente a intoxicação por ingestão de produtos domésticos que contenham álcool em seus compostos, como colônias, enxaguantes bucais, colutórios bucais, medicamentos e solventes. Apesar de o etanol ser a substância mais comumente associada ao abuso, deve-se destacar a possibilidade de ingestão do metanol (muito parecido com o etanol e utilizado em laboratórios, produtos de limpeza, removedores de tinta e fluidos de máquinas copiadoras) e do etilenoglicol (incolor, inodoro, adocicado, solúvel em água, usado como solvente para tinta, plástico e produtos farmacêuticos, ingrediente para explosivos, fluidos hidráulicos, radiadores e substâncias de limpeza).



O uso de álcool em crianças e adolescentes pode chegar a 7% aos 12 anos e até a 80% aos 18 anos, com riscos de lesões e mortes acidentais, suicídio, gravidez não planejada, sexo não protegido, problemas sociais e escolares e, a longo prazo, maior risco de dependência e lesões estruturais do cérebro (NIH, 2011).

## 1.1 PATOGÊNESE

O álcool é absorvido pelo trato gastrointestinal e é encontrado na circulação em questão de minutos. Cada dose de álcool aumenta a concentração sérica em 25 mg/dL em média. Fatores que influenciam o nível sérico: quantidade de álcool ingerida, peso corporal, tolerância ao álcool, porcentagem de álcool em cada bebida e tempo decorrido para a ingestão de álcool.

A via primária do metabolismo do álcool ocorre no fígado via álcool desidrogenase e, embora a maior parte do metabolismo seja hepática, outros tecidos contribuem, como por exemplo a mucosa gástrica, onde também há a presença dessa enzima. O álcool é eliminado em uma taxa de 15 mg/dL por hora em pacientes que não fazem uso crônico e a 25 mg/dL em pacientes que fazem uso crônico e que são mais susceptíveis a múltiplos episódios de intoxicação e à dependência alcoólica (COWAN, 2022).

A álcool desidrogenase é encontrada em quantidades reduzidas nas mulheres; logo, menor metabolismo de primeira passagem, associado a um menor volume de distribuição, pode explicar a maior vulnerabilidade das mulheres às complicações agudas da intoxicação por álcool. O quadro 1 demonstra as alterações encontradas de níveis plasmáticos em bebedores sociais ou frequentes, de acordo com os níveis sanguíneos de alcoolemia.

Quadro 1 Níveis plasmáticos de álcool (mg%) e sintomatologia relacionada

<b>ALCOOLEMIA (mg%)</b>	<b>QUADRO CLÍNICO</b>
<b>30</b>	Euforia e excitação, alterações leves da atenção.
<b>50</b>	Incoordenação motora discreta, alteração do humor, personalidade e comportamento.
<b>100</b>	Incoordenação motora pronunciada com ataxia, diminuição da concentração, piora dos reflexos sensitivos, piora do humor.
<b>200</b>	Piora da ataxia, náuseas e vômitos.

<b>300</b>	Disartria, amnésia, hipotermia, anestesia.
<b>400</b>	Coma, morte (bloqueio respiratório central).

Fonte: adaptado da Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012.

Ressalta-se que:

- Os sintomas de intoxicação podem variar de pessoa para pessoa. É difícil estimar o nível sérico de álcool baseado apenas na apresentação clínica do paciente.
- Níveis elevados de álcool podem confirmar uma suspeita de intoxicação alcoólica quando os sinais e sintomas não são compatíveis com a história clínica.

A embriaguez é causa de quedas, acidentes automobilísticos, crimes e traumatismos diversos. Doenças psiquiátricas e traumas são consideradas as causas mais comuns de visita ao Pronto Socorro (PS) e internações relacionadas à intoxicação alcoólica. O diagnóstico diferencial inclui, obrigatoriamente, a intoxicação por sedativos, traumatismo craniano, hipoglicemia grave, etc. Além disso, devemos pensar no consumo de outros tipos de álcool além do etanol, como o metanol, álcool isopropílico ou o etilenoglicol. Pacientes hospitalizados podem se intoxicar com sanitizantes de mão preparados com isopropanol.

O consumo de outras drogas como a cocaína, maconha, barbitúricos, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e monóxido de carbono deve fazer parte da lista de diagnósticos diferenciais. Desordens metabólicas como a encefalopatia hepática, a cetoacidose alcoólica, o estado hiperosmolar não cetótico, a uremia, o hipo ou hipertireoidismo e a encefalopatia hipertensiva devem ser descartadas durante a avaliação. Causas neurológicas (ex: síndrome de Wernicke-Korsakoff, acidentes vasculares cerebrais, convulsões, meningite, hematoma subdural, concussão), doenças infecciosas (ex: sepse), causas respiratórias (ex: hipóxia e hipercapnia), além de hipotensão, hipo ou hipertermia e desidratação devem ser consideradas parte do diagnóstico diferencial (COWAN, 2022).

## 1.2 FASES DA INTOXICAÇÃO ALCÓOLICA

### 1.2.1 Fase excitatória

Nessa fase, os níveis de alcoolemia atingem de 75 a 200 mg%.

Até 75 mg%: sensação de relaxamento, desinibição, às vezes quietude, introspecção ou agressividade

Até 100 mg%: estado de ataxia, incoordenação, queda do "juízo crítico", aumento da "autoconfiança" (risco de acidente automobilístico)

Níveis de 125 a 150 mg%: alguns continuam afáveis e desinibidos, outros muito agressivos ou mutismo e quietude exagerados.

### **1.2.2 Fase depressora**

Fase depressora com efeito combinado final dos sistemas GABAérgicos e glutamatérgicos, ou seja, ação neuronal diminuída, na qual os níveis de alcoolemia atingem mais de 200 a 250 mg%, o etanol provoca efeitos narcóticos. Em etilistas, a alcoolemia pode chegar de 300 a 350 mg%. Há o risco de depressão respiratória e circulatória e a hospitalização de urgência pode ser necessária.

### **1.2.3 Fase de ressaca**

Os metabólitos do etanol são tóxicos, principalmente o acetaldeído, que é responsável pela sensação de mal-estar, náuseas, vômitos, cefaleia, tonturas e indisposição pós-embriaguez. Estes sintomas em geral são autolimitados e desaparecem com uso de sintomáticos. Em etilistas mais persistentes, mas ainda não totalmente alcoólatras, esses sintomas na verdade já podem ser uma Síndrome de Abstinência precoce.

## **2 PALAVRAS CHAVE**

Alcoolismo, Etanol, Abuso de álcool, NIAAA (EUA)

## **3 OBJETIVOS**

- Estratificar o atendimento da intoxicação alcoólica aguda;

- Tratar os distúrbios hidroeletrólíticos e demais complicações, bem como prevenir o agravamento do quadro com convulsões, *delirium tremens*;
- Vincular o paciente com dependência alcoólica a tratamento específico.

#### **4 UTILIZADORES POTENCIAIS**

Profissionais de saúde em serviços de urgência / emergência, médicos clínicos, neurologistas, emergencistas, psiquiatras, psicólogos, assistente social.

#### **5 POPULAÇÃO**

Pacientes com história de ingestão excessiva de bebida alcoólica.

#### **7 METODOLOGIA**

A metodologia utilizada se baseou na revisão sistemática de literatura. A partir da elaboração de pergunta-chave de pesquisa foram realizadas buscas de evidências científicas em bases de dados, predominantemente na UpToDate, e a avaliação da qualidade das evidências encontradas. Legislações referentes à intoxicação alcoólica, livros, artigos de revistas científicas impressas e eletrônica também foram utilizadas (nacionais e internacionais).

#### **8 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS**

A intoxicação alcoólica aguda é um problema de saúde pública e está, em todo o mundo, associada a inúmeras complicações como acidentes de trânsito, homicídio, suicídio e violência doméstica.

A correta abordagem clínica nas unidades de pronto atendimento é indispensável, sendo importante destacar e definir as três fases da Intoxicação Alcoólica Aguda: fase excitatória, fase depressora e fase de ressaca. Os sintomas de intoxicação podem variar de pessoa para pessoa e vão desde fala arrastada até estorpor e coma.

É difícil estimar o nível sérico de álcool baseado apenas na apresentação clínica do paciente. Na abordagem desses pacientes, é indispensável o diagnóstico diferencial com situações como consumo de outras drogas, desordens metabólicas, causas neurológicas e doenças infecciosas.

O diagnóstico é feito através da anamnese e o exame físico e tratamento devem ser realizados de maneira multidisciplinar. É indispensável avaliar os dados vitais e o estado geral do paciente, bem como medir a glicemia do mesmo.

Os pacientes que apresentarem coma secundário à intoxicação alcoólica devem receber tiamina parenteral para prevenção/tratamento de encefalopatia de wernicke. Faz parte da abordagem desses pacientes a manutenção de hidratação adequada e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, busca de lesões traumáticas ocultas bem como investigação de ingestão de outras substâncias concomitantes; solicitar exames laboratoriais e de imagem dependendo da gravidade do caso, suporte e acompanhamento do serviço social e psicologia.

## **9 MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO**

- Médicos clínicos, psiquiatras e especialidades clínicas necessárias
- Enfermagem capacitada em emergência clínica e psiquiátrica
- Psicólogo
- Assistente social
- Unidade de urgência com leitos de observação;
- Equipamento para soroterapia
- Psicofármacos
- Medicação sintomática.

## **10 ATIVIDADES ESSENCIAIS**

### **10.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS**

- Ingestão recente de álcool

- Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool: comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, julgamento prejudicado.
- Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de álcool:
  1. Fala arrastada
  2. Incoordenação
  3. Instabilidade de marcha
  4. Nistagmo
  5. Comprometimento da atenção ou da memória
  6. Estupor ou coma
- Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância (APA, 2014).

#### **DSM-V/ CID 10**

F10.0 = Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (intoxicação aguda)

F10.1 = Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool (uso nocivo para a saúde)

F 10.2 = Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (síndrome de dependência)

Fonte: OMS (2022)

#### **10.2 ESPECIFICAÇÃO DA GRAVIDADE ATUAL**

- Leve: presença de 2 ou 3 sintomas.
- Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas.
- Grave: presença de 6 ou mais sintomas.

Observação: em caso de estupor ou coma, considerar caso grave.

### 10.3 PERGUNTAS NORTEADORAS

Para todo o paciente admitido, deve-se fazer os seguintes questionamentos (VONGHIA, 2008):

- Quantidade e tipo de álcool consumido e o intervalo de uso;
- Momento de início dos sintomas;
- Circunstâncias do consumo de álcool;
- Traumas ocorridos em decorrência do consumo de álcool;
- Episódios prévios de intoxicação alcoólica;
- Histórico de uso crônico e dependência alcoólica;
- Ingestão de outras substâncias, como drogas ilícitas e medicamentos de uso habitual.

### 10.4 EXAME FÍSICO

Considerações importantes sobre o exame físico:

- Ectoscopia: procure por sinais de insuficiência hepática e hepatopatia crônica (ex: colaterais vasculares abdominais, ginecomastia, alteração da unha como o baqueteamento digital, eritema palmar, esclera icterícia, presença de telangiectasias, atrofia muscular etc.) (HEIDELBAUGH, 2006).
- Aparelho cardiovascular: a intoxicação alcoólica pode ser causa de arritmias (ex: fibrilação atrial ou taquicardias ventriculares), vasodilatação periférica e hipovolemia.
- Aparelho gastrointestinal: dor abdominal pode ser causada por gastrite, doença ulcerosa péptica ou pancreatite. Avaliar presença de ascite. Náuseas e vômitos são comuns. Diarreia pode ocorrer por dismotilidade intestinal (CAPUTO, 2019).
- Aparelho respiratório: depressão respiratória e alteração da capacidade de tosse podem ocorrer.
- Aparelho neurológico: pacientes podem estar em coma ou ter episódios de convulsão.

## 10.5 TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO ALCÓOLICA AGUDA

É importante salientar que não há nada que se possa fazer para acelerar a metabolização do álcool ou que alivie os sintomas de embriaguez.

### 10.5.1 Abordagem Inicial

- Sempre realizar o ABCD primário e secundário durante toda a permanência do paciente, segundo protocolo de ACLS 2020
- Avaliar os dados vitais e o estado geral do paciente. Todos eles devem ter glicemia capilar aferida logo na admissão, que deve ser corrigida com solução hipertônica, caso necessário
- Todos os pacientes que apresentarem coma secundário à intoxicação alcoólica devem receber tiamina parenteral para prevenção/tratamento de Encefalopatia de Wernicke, dose de 500 mg de 8/8hs EV por dois dias, seguida de 250 mg/dia EV por 5 dias (Anexo III - Nota Técnica para o uso de Tiamina).
- Um pequeno grupo de alcoólatras desenvolve síndrome de Wernicke Korsakoff, havendo provável predisposição genética. O uso de glicose na deficiência de tiamina pode levar a lesões metabólicas em neurônios, proliferação microglial, congestão vascular e hemorragias petequias, levando a demielinização e glicose, mais comuns no tálamo e corpos mamilares. Por esse motivo, há necessidade de administração de tiamina parenteral em todo paciente com Intoxicação alcoólica aguda candidato a receber glicose hipertônica;
- Manutenção de hidratação adequada e correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- Pesquisar intoxicações anteriores e gravidade destas;
- Busca de lesões traumáticas ocultas bem como investigação de ingestão de outras substâncias concomitantes;
- Atentar para a presença de outras condições clínicas associadas como traumatismos, infecções respiratórias, alterações cardiovasculares com instabilidade hemodinâmica e arritmias, além da observação de evidências que indiquem o abuso crônico (desnutrição, ascite, lesões cutâneas, etc.);
- Drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC) estão contraindicadas;



- Avaliar alterações do SNC, distúrbios metabólicos, acidose láctica, hipocalemia, hipomagneseemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia e hipofosfatemia;
- Exames laboratoriais podem ser requisitados dependendo da gravidade do caso: sódio, potássio, cloro, bicarbonato, cálcio, magnésio, glicemia, CK, ureia, amilase, lipase, função hepática, sorologia para hepatite, *screening* toxicológico, gasometria arterial, cetonemia e cetonúria (esses dois últimos, úteis no diagnóstico diferencial da ingestão de álcool isopropílico). Outros exames como ECG (alteração de onda P e alargamento do intervalo QT corrigido podem ocorrer), exames de imagem devem ser solicitados de acordo com o quadro clínico;
- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- Tranquilização do paciente, evitar gestos ameaçadores; oferecer local de segurança, cadeira, maca com proteção lateral e cabeceira elevada para evitar quedas;
- Manutenção de ambiente iluminado, evitar ruídos;
- Suporte e acompanhamento do serviço social e psicologia;
- Em caso de agitação intensa ou violência física, pode ser usado haloperidol, tendo o cuidado de observar risco de depressão respiratória. A quetamina é uma opção possível e tem a vantagem de causar menores taxas de depressão respiratória. Para maiores informações acessar o *Protocolo Clínico 33 – Manejo do Paciente Psiquiátrico Adulto com Agitação e Agressividade*

[https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com\\_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14361&Itemid=100000000000](https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14361&Itemid=100000000000)



PC 33 Manejo do paciente adulto com agitação e agressividade

Observação: Síndrome de Wernicke Korsakoff é uma complicação neurológica da deficiência de tiamina. Compreende a encefalopatia de Wernick, que é uma síndrome

aguda que requer tratamento agudo para evitar morbidade neurológica ou até o óbito. A síndrome de Korsakoff se refere a uma condição neurológica crônica que ocorre como consequência da síndrome de Wernick. A síndrome de Wernick é caracterizada por encefalopatia (desorientação, indiferença, inatividade), disfunção óculo motora como nistagmo horizontal e paralisia de nervos oculares, e marcha atáxica. Em casos avançados nota-se demência e déficit de memória (FHEMIG, 2019).

### **10.5.2 Casos de Intensidade Leve a Moderada**

Manter uma vigilância cuidadosa do paciente e verificação dos dados vitais até a melhora clínica, com uso de sintomáticos, conforme necessidade. Pacientes com quadros classificados como leves, sem hipoglicemia e sem vômitos, poderão ser encaminhados ao domicílio com medidas de suporte como hidratação e alimentação por via oral, bem como o uso de medicação sintomática. Na maioria das vezes, não se faz necessária, nem mesmo, hidratação venosa.

Já aqueles considerados moderados deverão permanecer sob observação e cuidados na unidade de saúde. Se apresentarem sinais de desidratação, devem ter acesso venoso puncionado e receber hidratação venosa. Caso não apresentem melhora clínica, realizar exames laboratoriais e tomografia computadorizada de crânio.

### **10.5.3 Casos de Intensa Agitação ou Agressividade**

#### O que fazer:

- Em casos de agitação intensa e/ou agressividade, pode-se fazer necessária a contenção química (COWAN, 2022). A quetamina é uma boa opção, na dose 1-2mg/kg EV ou 4-6 mg/kg IM, podendo-se repetir metade da dose, após, respectivamente, 5-10 minutos e 10-25 minutos da primeira administração (MOORE, 2022). Nas unidades em que a quetamina não está disponível pode ser considerado o uso de antipsicóticos de primeira geração, como o Haloperidol, tendo o cuidado de observar os riscos de depressão respiratória (COWAN, 2022).

- A contenção mecânica, seguindo protocolo específico, deve ser uma alternativa quando fracassadas as demais intervenções.

#### 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 e hepatopatas que podem apresentar sinais de descompensação
- Aplicar difenilhidantoína e clorpromazina
- Utilizar benzodiazepínicos, depressores do SNC, que podem ter efeito sinérgico elevando a possibilidade de depressão respiratória
- Administrar glicose sem a utilização prévia de tiamina.

#### **10.5.4 Casos graves (intensa depressão ou coma)**

- Acesso intravenoso
- Prevenção de aspiração; posicionamento em decúbito lateral
- Solução intravenosa para correção de hipovolemia, desidratação ou choque
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e hipoglicemia
- Administrar tiamina parenteral para prevenção/tratamento de Encefalopatia de Wernicke<sup>6</sup>, dose de 500 mg de 8/8hs EV por dois dias, seguida de 250 mg/dia EV por 5 dias, conforme Nota Técnica (Anexo III)
- Drogas antieméticas se necessário
- Não há indicação de lavagem gástrica ou uso de carvão ativado, dada a alta absorção intestinal do álcool na mucosa do trato gastrointestinal, bem como o aumento do risco de aspiração
- Verificar e anotar dados vitais com frequência, de acordo com a gravidade do caso
- Terapia intensiva em caso de instabilidade cardiorrespiratória.

Casos que se manifestam com acidose metabólica grave, com ânion gap aumentado, devem levantar a suspeita de intoxicação por outros álcoois, como o metanol e o etilenoglicol.

### **10.5.5. Vincular o paciente com dependência alcoólica a tratamento específico**

- Seguimento da Intoxicação Alcoólica Aguda

Resolvido o caso agudo, é necessário investigar se este fato foi um episódio isolado ou não. Em avaliação inicial, deve-se verificar o consumo diário de álcool e sua frequência semanal, podendo ser aplicados questionários específicos (Anexo I / CAGE) (NIH, 2011). Mesmo nos episódios isolados de uso excessivo é aconselhável o contato do serviço social com a APS ou CAPS de referência para seguimento e prevenção de novos episódios.

Em caso de uso recorrente, é aconselhável encaminhar o paciente para seguimento em serviço especializado em tratamento de alcoolismo, que na rede SUS se encontra na RAPS (CAPS AD do município ou CAPS de referência). Na ausência deste, encaminhar para APS do município, com relatório para pacientes considerados não dependentes do álcool, sugere-se intervenção breve e aconselhamento com objetivo de diminuir o uso de álcool e evitar práticas perigosas relacionadas.

Os pacientes com complicações clínicas devido ao abuso de álcool deverão ser encaminhados para tratamentos específicos (às Unidades Básicas de Saúde e, em situações especiais de casos mais graves, a ambulatórios especializados de gastroenterologia e psiquiatria, quando disponíveis).

É indispensável garantir a alta multiprofissional, cuidadosa e responsável, bem como encaminhamento do paciente para continuidade de cuidados nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial de referência do paciente (Apêndice I).

## **11 BENEFÍCIOS POTENCIAIS**

Orientar os profissionais de saúde a forma adequada de estratificação e tratamento dos pacientes com Intoxicação Alcoólica Aguda, bem como definir os pacientes com quadro de maior gravidade e prover o cuidado adequado.

Padronizar ações para o tratamento das possíveis complicações decorrentes de quadro de Intoxicação Alcoólica Aguda.

Reforçar a importância da articulação do cuidado com toda a Rede de Atenção Psicossocial no processo de cuidado continuado.

## **12 RISCOS POTENCIAIS**

A classificação incorreta da gravidade da intoxicação pode acarretar no uso excessivo de medicamentos sedativos em casos leve que foram classificados como graves.

## **13. ITENS DE CONTROLE**

As fontes de dados dos indicadores descritos serão oriundas da Classificação Internacional de Doenças (CID), descritas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos pacientes internados.

O numerador será definido pelo número total de pacientes atendidos pela CID relacionada às complicações secundárias ao uso de álcool (CID F10) e o denominador pela somatória de pacientes atendidos com intoxicação por substâncias (CIDs F10 a F19). Esses dados serão obtidos através do sistema informatizado da FHEMIG, de acordo com o período de tempo selecionado (recomenda-se coleta de dados mensal, com análises bimestrais).

Trata-se de indicadores importantes, pois irá indicar o perfil de pacientes atendidos nas Unidades Assistenciais da FHEMIG, contribuindo para o desenvolvimento de processos de trabalho cada vez mais qualificados e seguros.

Especificamente no que se refere ao indicador 2, o mesmo irá permitir avaliar/acompanhar a ocorrência da vinculação com a RAPS, após a alta do serviço, de pacientes mais jovens (possibilidade de intervenção precoce e redução dos danos secundários ao uso abusivo de álcool). “A Organização Mundial de Saúde circunscreve adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos” (BRASIL, 2007). Sendo assim, o público-alvo será paciente entre 10 e 19 anos.

### CIDs referentes aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias

- CID F10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
- CID F11: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos
- CID F12: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides
- CID F13: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos
- CID F14: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína
- CID F15: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de estimulantes, inclusive a cafeína
- CID F16: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos
- CID F17: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo
- CID F18: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis
- CID F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substância psicoativas

Fonte: OMS (2022).

### Indicadores e base de cálculo:

1. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por álcool:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes atendidos com intoxicação por álcool (CID F10)}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes atendidos com intoxicação por substâncias (CID F10 a F19)}} \times 100$$

2. Proporção de pacientes com idade entre 10 e 24 anos com quadro de intoxicação por álcool encaminhados adequadamente para a RAPS

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com idade entre 10 e 24 anos com intoxicação por álcool encaminhados para a RAPS (CID F10)}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com idade entre 10 e 24 com intoxicação por álcool (CID F10)}} \times 100$$

## REFERÊNCIAS

AHA. **Adult Basic Life Support**. 2020. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al, 5. ed. Dados eletrônicos. Artmed: Porto Alegre, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Projeto Diretrizes. Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas**, 2012,

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 2197 de 15 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 out. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes. 1ª edição, Brasília, 2007, p.60

CAPUTO F., *et al.* **Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome**: position paper of the Italian Society on Alcohol. **Intern Emerg Med**. vol. 14,1. 2019, p. 143-160. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd11.140329>

COWAN, Ethan. **Ethanol intoxication in adult**. In: GANETSKY, Michael. ed. **Uptodate**, 2022. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/ethanol-intoxication-in-adults?search=intoxica%C3%A7%C3%A3o%20alcoolica&source=search\\_result&selectedTitle=1~138&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ethanol-intoxication-in-adults?search=intoxica%C3%A7%C3%A3o%20alcoolica&source=search_result&selectedTitle=1~138&usage_type=default&display_rank=1) Acesso em: 10 de abril de 2022.

EMADI, A; COBERLY, L. **Intoxication of a Hospitalized Patient with an Isopropanol-Based Hand Sanitizer**. **N Engl J Med**, Cincinnati, p. 530-531, Fev 2007. DOI: 10.1056/NEJMc063237. Disponível em [Intoxication of a Hospitalized Patient with an Isopropanol-Based Hand Sanitizer | NEJM](#). Acesso em 26 ago. 2022.

ESSER MB, *et al.* **Prevalence of alcohol dependence among US adult drinkers, 2009-2011**. **Prev Chronic Dis**. 2014; v. 11, ed. 206. Nov. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140329>

FHEMIG. Diretoria Assistencial. Comissão Central de Protocolos clínicos. **Nota Técnica sobre o uso de tiamina em quadro de alcoolismo agudo em urgência e emergência**. Belo Horizonte: DIRASS, 2019.

FHEMIG. Diretoria Assistencial. Comissão Central de Protocolos clínicos. **Protocolo Clínico 033** Manejo do Paciente Psiquiátrico Adulto com Agitação ou Agressividade, 3ª Ed. Belo Horizonte: DIRASS, 2022.

FHEMIG. Diretoria Assistencial. Comissão Central de Protocolos clínicos. **Protocolo Clínico 016** Síndrome de Abstinência Alcólica, 2ª Ed. Belo Horizonte: DIRASS, 2019.

HEIDELBAUGH J.J., BRUDERLY M. **Cirrhosis and chronic liver failure: part I. Diagnosis and evaluation.** *Am Fam Physician.* vol. 74,5, p. 756-62, 2006.

KASPER, Verônica. **Intoxicação Aguda por Álcool: o que você precisa saber antes de atender.** *Sanarmed.* 7 març.; 2022. Disponível em <https://www.sanarmed.com/intoxicacao-aguda-por-alcool-o-que-voce-precisa-saber-antes-de-atender-columnistas> . Acesso em 12 de maio de 2022.

MARTINE H.S., JACON S.M. **Intoxicações exógenas agudas.** In: Martins HS, Neto AS, Velasco IT. **Emergências clínicas baseadas em evidências.** I ed. São Paulo: Atheneu; p. 61-86, 2006.

MARTINS H.S. **Tratamento específico das intoxicações exógenas agudas.** In: Emergências clínicas abordagem prática. IV ed. São Paulo: Manole; p. 751-778, 2009.

MASUR, J.; FORMIGONI, M. L. O. S; LARANJEIRA, R. R.; FORMIGONI, G. G. S.; ZWICKER, A. P.; SALIM, R. J.; PINOTTI, D. O. F. **Intoxicação alcoólica e glicose.** Um estudo duplo-cego em pacientes de pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 28, nº 6, p. 168-71, 1982.*

MOORE, Gregory P, et al. **Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult.** In: GANETSKY, Michael. ed. Uptodate, 2022. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=Assessment%20and%20emergency%20management%20of%20the%20acutely%20agitated%20or%20violent%20adult&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H10285541](https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=Assessment%20and%20emergency%20management%20of%20the%20acutely%20agitated%20or%20violent%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H10285541) Acesso em: 08 de abril de 2022.

NAIMI T.S., *et al.* **Binge drinking among US adults.** *JAMA.* 2003 Jan 1; vol. 289,1. p. 70-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.1.70>

NIH - National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Department of Health & Human Services. **Helping patients who drink too much.** Maryland: NIH, 2005.

NIH - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. **Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth.** A Practitioner's Guide, 2011. Disponível em: < <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/YouthGuide.pdf> >.

U.S. Department of Health & Human Services. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. **Helping patients who drink too Much.** Maryland: NIH, 2005. Disponível em <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/guide.pdf>.

VONGHIA L, *et al.* **Acute alcohol intoxication.** *Eur J Intern Med.* vol. 19,8, p. 561–567, Abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.06.033>

WHO. World Health Organization. **Library Cataloguing-in-Publication Data.** Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genebra, 2010.



## LEITURA COMPLEMENTAR

BRINKER, K. *et al.* Assessment of Emergency Responders After a Vinyl Chloride Release from a Train Derailment - New Jersey, 2012. Center of Disease Control and Prevention **MMWR**. New Jersey. Vol. 63 / No. 53. 9, p. 1233–1237, jan. 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6353.pdf>

CALLE P.A. *et al.* **A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients.** *Acta Clin Belg.* Ago 2006; vol. 61(4) p. 188-195. Disponível em: <https://doi.org/10.1179/acb.2006.033>

CHEN C.M., *et al.* **Alcohol use at time of injury and survival following traumatic brain injury: results from the National Trauma Data Bank.** *J Stud Alcohol Drugs.* Jul. 2012. vol. 73,4, p. 531-41. Disponível em: <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.531>

FORMIGONI M.L.O.S., GALDURÓZ J.C.F., MICHELI D. Efeitos de Substâncias psicoativas no organismo. **Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos.** mod. 2, cap. 3, p. 46-70. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas; 2006.

GOLMAUM T.S., NORITOMI D.T., LIBÓRIO A.B. **Emergências relacionadas ao álcool.** In: Martins HS, Neto AS, Velasco IT. *Emergências clínicas baseadas em evidências.* I ed. São Paulo: Atheneu; p. 87-97, 2006.

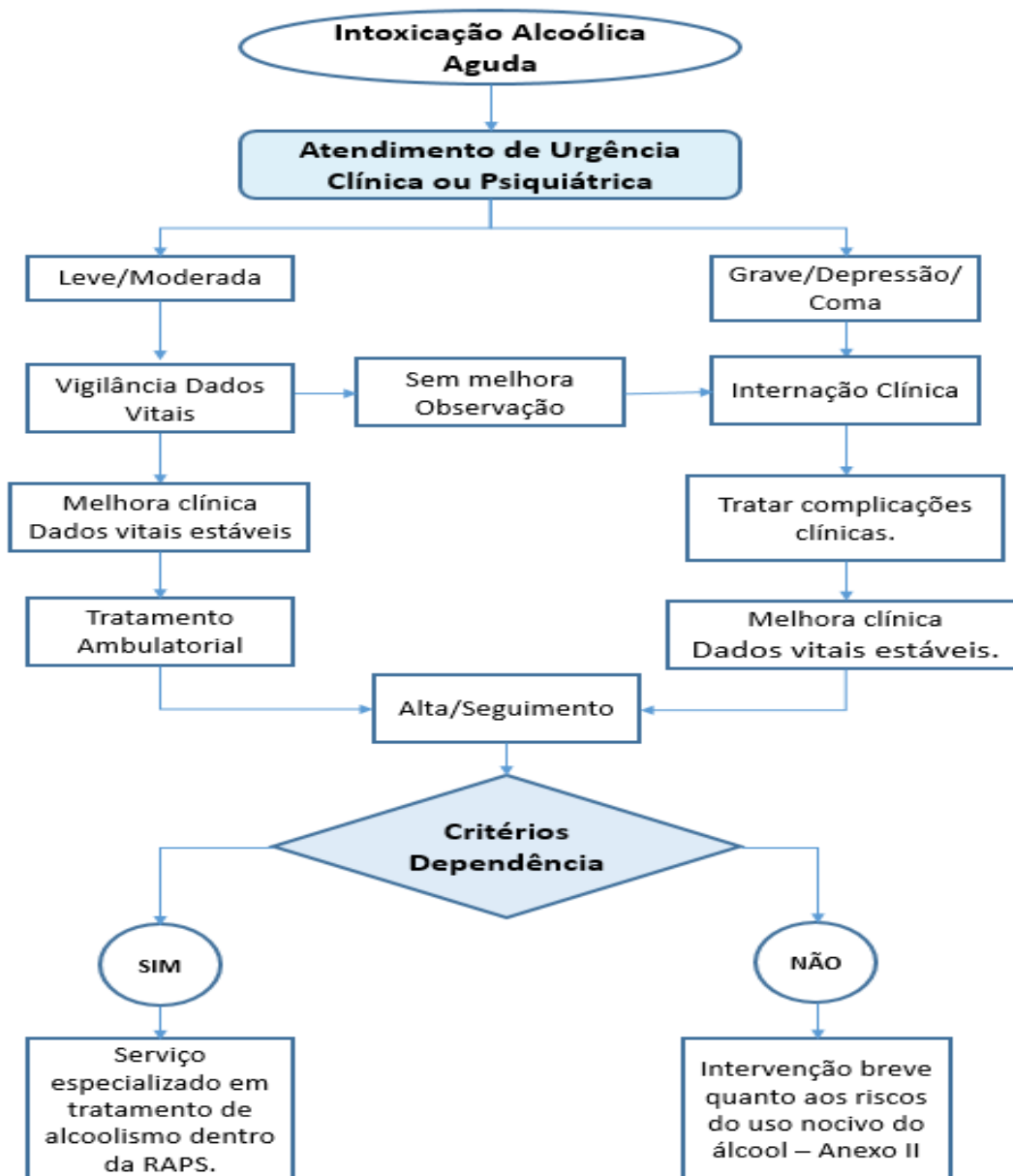
KLEIN L. R., *et al.* **Unsuspected Critical Illness Among Emergency Department Patients Presenting for Acute Alcohol Intoxication.** *Ann Emerg Med.* vol. 71(3), p. 279-288, Mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.07.021>

RAHEJA H., *et al.* **Electrocardiogram Changes with Acute Alcohol Intoxication: A Systematic Review.** *Open Cardiovasc Med J.* Vol. 12, p. 1-6, Fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874192401812010001>

WHO- World Health Organization. **Global status report: alcohol and young people.** Geneva, 2001.

YEOMANS M.R. **Short term effects of alcohol on appetite in humans. Effects of context and restrained eating.** *Appetite.* Vol. 55(3), p. 565-573 Dec. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.005>

# APÊNDICE I FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA



CASO DE LEVE A MODERADA INTENSIDADE	CASO GRAVE
<p>Não requer tratamento medicamentoso específico;</p> <p>Vigilância cuidadosa;</p> <p>Verificação sinais vitais até melhora clínica;</p> <p>Encaminhamento para serviço especializado em tratamento do alcoolismo se houver critérios de dependência alcoólica;</p> <p>Intervenção breve em caso de uso nocivo do álcool.</p>	<p>Diagnóstico diferencial com condições clínicas associadas;</p> <p>Acesso periférico;</p> <p>Prevenção de aspiração;</p> <p>Acompanhar sinais vitais;</p> <p>Correção de distúrbio hidroeletrólítico e hipovitaminose;</p> <p>Se agitação intensa ou agressividade: Haloperidol e/ou contenção mecânica conforme (PC 033);</p> <p>Suporte hospitalar ou terapia intensiva, se necessário.</p>

## ANEXO I CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

**Homem:** beber mais que 4 doses de álcool por dia ou mais que 14 por semana

**Mulher:** beber mais que 3 doses de álcool por dia ou mais que 7 por semana

Uma dose equivale de 10 a 14 gramas de álcool, em média. Para obter as doses equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar sua quantidade por sua concentração alcoólica.

A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).

BEBIDA	VOLUME	TEOR ALCOÓLICO	QUANTIDADE DE ÁLCOOL (Volume x Teor)	GRAMAS DE ÁLCOOL (Volume de álcool x 0,8*)
<u>Destilado</u> (um copo de 40 a 50 ml)	40 mL	40%	16 mL	12,8 gramas
<u>Vinho tinto</u> (uma taça)	150 mL	12 %	18 mL	14,4 gramas
<u>Cerveja</u> (uma lata/um caneco de chope)	350 mL	5%	17,5 mL	14,0 gramas

Fonte: adaptado de NIH, 2005.

### Questionário CAGE\*:

\*Acrônimo formado pelas iniciais das palavras inglesas: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*.

- Você já pensou em abandonar (*Cut down*) o hábito de beber?
- Você já ficou aborrecido quando recebeu críticas (*Annoyed by criticism*) sobre seu hábito de beber?
- Você já se sentiu culpado (*Guilty*) pelo fato de beber?
- Você já bebeu pela manhã (*Eye-opener*) para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

As respostas às perguntas desse questionário são usadas para avaliação da dependência do álcool. A presença de duas repostas afirmativas sugere dependência do álcool.


## ANEXO II INTERVENÇÃO BREVE PARA PACIENTES COM USO NOCIVO DO ÁLCOOL

- 1- Faça sua avaliação e relate com clareza:** “você está bebendo mais do que é seguro do ponto de vista médico”. “Recomendo fortemente que você deixe de beber ou diminua a quantidade, e estou disposto a ajudá-lo”.
- 2- Se o paciente disser que não quer mudar o hábito de beber:** Não desista, a ambivalência é comum. Reafirme sua preocupação com sua saúde. Encoraje sua reflexão pesando os motivos para continuar bebendo versus razões para parar de beber, quais são suas maiores barreiras.
- 3- Se o paciente disser que quer parar de beber:** Ajude a traçar uma meta para diminuir a bebida ao máximo ou se abster por um tempo. Combine um plano com passos específicos (ex: não ir ao bar após o trabalho, não tenha bebidas em casa, alternar bebidas alcoólicas com não alcoólicas). Pergunte como o paciente vai lidar com situações de alto risco, quem pode ajudá-lo.
- 4- Fornecer materiais educacionais.**
- 5- Garantir o encaminhamento do paciente para continuidade de cuidados nos serviços da RAPS (Rede de Apoio Psicossocial) de referência do paciente.**


Fonte: adaptado de U.S. Department of Health & Human Services. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too Much, 2005.

## ANEXO III – NOTA TÉCNICA USO DE TIAMINA EM QUADRO DE ALCOOLISMO AGUDO

### 1. CONTEXTO


-  ✓ O uso abusivo do álcool é muito prevalente na sociedade em geral, no Brasil até 70% da população já experimentou algum tipo de bebida alcoólicas sendo 11% dependentes do álcool (CEBRID 2001). É essencial estabelecer o quadro clínico e especificidades dos pacientes que chegam alcoolizados nos serviços de urgência e emergência e fazer a abordagem adequada. O abuso de álcool pode estar relacionado a politraumas, acidentes de trânsito, criminalidade, eventos clínicos infecciosos ou não infecciosos, quadros psiquiátricos e tentativas de autoextermínio.
- ✓ Neste parecer, procuraremos estabelecer as evidências para tratamento de intoxicação alcoólica aguda, síndrome de abstinência alcoólica e síndrome de Wernick Korsakoff, com ênfase à utilização de tiamina.

### 2. ESTRATÉGIA DE BUSCA E BASES DE DADOS PESQUISADAS

-  ✓ Foram consultados o sites Dynamed, Up to Date e protocolos da FHEMIG em abstinência alcoólica e intoxicação alcoólica aguda

	Pergunta PICO	Descritor DECS e/ou MESH
<b>Pacientes</b>	Pacientes com abuso de álcool atendidos em urgências com intoxicação alcoólica aguda, síndrome de abstinência alcoólica e síndrome de Wernick Korsakoff	
<b>Intervenção</b>	Uso de soluções glicosadas e tiamina	
<b>Comparador</b>	Doses escalonadas de tiamina em cada condição clínica	
<b>Outcome - desfecho</b>	Desenvolvimento de lesão SNC por deficiência de tiamina com o uso de soluções glicosadas	

### 3. SÍNTESE DOS RESULTADOS

-  • Síndromes clínicas de uso abusivo de álcool e fluxogramas propostos de tratamento
- Definição de intoxicação alcoólica aguda:** O uso abusivo de grandes doses de bebidas alcoólicas, seja por usuários costumazes ou não do álcool, é a que leva a maior frequência de avaliações em serviços

de urgência. A gravidade do evento leva em conta as susceptibilidades individuais, comorbidades, associação com outras drogas, acidentes e traumas associados.

Pode ser dividida em três fases, a fase excitatória, com sintomas de desinibição, queda do juízo crítico, euforia ou agressividade, fase depressoras, com diminuição da consciência, depressão respiratória e circulatória e a ressaca, devido à circulação dos metabólicos tóxicos do etanol.

**Definição de abstinência alcoólica:** é um estigma da síndrome de dependência alcoólica, sendo um indicador de dependência sinalizando consumo crônico e abusivo, sendo desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente. Os sinais e sintomas mais comuns são agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial entre outros.

**Definição de síndrome de Wernick Korsakoff:** É uma complicação neurológica da deficiência de tiamina. Compreende a encefalopatia de Wernick, que é uma síndrome aguda que requer tratamento agudo para evitar morbidade neurológica ou até o óbito. A síndrome de Korsakoff se refere a uma condição neurológica crônica que ocorre como consequência da síndrome de Wernick. A síndrome de Wernick é caracterizada por encefalopatia (desorientação, indiferença, inatividade), disfunção óculo motora como nistagmo horizontal e paralisia de nervos oculares, e marcha atáxica. Em casos avançados pode-se nota-se demência e déficit de memória.

**Risco do uso de glicose sem tiamina em síndromes alcoólicas agudas:** apenas um pequeno grupo de alcoólatras desenvolve síndrome de Wernick korsakoff, havendo provável predisposição genética. O uso de glicose na deficiência de tiamina pode levar a lesões metabólicas em neurônios, proliferação microglial, congestão vascular e hemorragias petequias, levando a demielinização e glicose, mais comuns no tálamo e corpos mamilares.

**Doses de tiamina preconizadas e evidências:**

Síndrome	Como reconhecer	Dose de tiamina recomendada	Referência / evidência	Observações
<b>Intoxicação alcoólica aguda</b>	Histórico de ingestão e sintomas de euforia ou depressão. Pesquisar traumas e abuso de substâncias concomitantes	100 mg EV ou IM em casos de intoxicação grave ou coma, se desnutridos ou atendidos em emergência ou internados. Seguimento com tiamina oral tão logo consiga manter ingestão oral. Avaliar hidratação, reposição de glicose e íons.	UP TO DATE Fraca  NICE	1- A necessidade diária de tiamina é de 1 a 2 mg por dia, que pode ser maior por questões genéticas ou má absorção.  2- Os eventos adversos de tiamina parenteral são anafilaxia e broncoespasmo, incidência de 1 caso por milhão de aplicações.
<b>Abstinência alcoólica</b>	Tratamento escalonado por gravidade (escala de CIWA - AR)	100 mg por dia EV ou IM por 3 dias. Seguimento com tiamina oral tão logo consiga manter ingestão oral. Avaliar uso de multivitaminas e reposição de magnésio.	DYNAMED Fraca	

<b>Síndrome de Wernick Korsakoff</b>	Sintomas clássicos de encefalopatia, disfunção ocular e ataxia. História de alcoolismo	Administrar antes da glicose. 500 mg 3 x ao dia EV por dois dias, após 250 mg/dia EV por 5 dias, após manter 100 mg oral diariamente	UP TO DATE Fraca	
--------------------------------------	---	--	---------------------	--

#### 4. RECOMENDAÇÃO

Forte a favor

Fraca a favor

Incerta

Contra



Apesar de evidência fraca, a recomendação é forte devido ao risco de complicações da não utilização de tiamina. A dose correta deve ser utilizada, evitando uso abusivo, gastos desnecessários e desabastecimento de tiamina.

#### REFERÊNCIAS

Cowan et al. Ethanol intoxication in adults. Up to date, última revisão em 8 de maio de 2018, acesso em 7 de maio de 2019.

Yuen T So et al. Wernick encephalopathy. Up to date, última revisão em abril de 2019, acesso em 7 de maio de 2019.

Ostrovsky et al. Acohol withdraw syndrome. Dynamed, última revisão em 18 de outubro de 2018, acesso em 7 de maio de 2019.

Protocolo clínico FHEMIG 016 – síndrome de abstinência alcoólica, 3 ed, 2014

Protocolo clínico FHEMIG 034- Intoxicação alcoólica aguda, 3 ed, 2014

Royal College of Physicians (RCOP) guideline on assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in acute hospital can be found in Clin Med 2012 Jun;12(3):266