

# 016

## Síndrome de Abstinência Alcoólica

### **Responsáveis/Unidade:**

Helian Nunes de Oliveira – Psiquiatra (Gerente Assistencial - IRS)  
Vanuza Fortes Ribeiro - Psiquiatra (CCPC);

### **Colaboradores:**

Adriana Carvalho Valadares Vargas – Farmacêutica (IRS);  
Alexandre de Aguiar Ferreira – Psiquiatra (IRS)  
Ana Carolina Sarkis Salgado – Residente em Psiquiatra (IRS);  
Marco Túlio Paolinelli Pellegrini - Psiquiatra (IRS);  
Roberta Aparecida Gonçalves – Psiquiatra (IRS);  
Sérgio Passos Ribeiro Campos – Psiquiatra (IRS);

### **Validadores:**

Nome (Unidade)

Última revisão: 08/06/2012

Estabelecido em: 23/04/2012

### **Acesso online:**

#### **Protocolos aprovados**

[www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos](http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos) |Internet|  
<http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/index.php> |Intranet|

#### **Protocolos em elaboração / consulta**

[http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/protocolos\\_em\\_consulta.php](http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/protocolos_em_consulta.php) |Intranet|

## **INTRODUÇÃO / RACIONAL**

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup> 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 entre as quatro doenças mais incapacitantes. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos a taxa de mortes relacionadas ao álcool pode atingir 9%. A última pesquisa por domicílio, 2005<sup>2</sup> 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 investigada em todos os atendimentos.

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA – vide texto subsidiário) 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 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.

**Ocorrem complicações como:**

- Alucinações, Delirium Tremens (DT) e convulsões.

O manejo da SAA é o primeiro passo no tratamento da dependência do álcool e representa um momento privilegiado para motivar o paciente a permanecer em seguimento.

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

Orientar o profissional de saúde no diagnóstico, avaliação e tratamento da SAA e também das complicações clínicas e psiquiátricas associadas, contextualizando 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

## MATERIAL e PESSOAL NECESSÁRIO

- Médico;
- Equipe de enfermagem;
- Psicólogo;
- 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

### As etapas básicas para a abordagem do paciente na SAA são:

1. História completa do uso de álcool (aplicar CAGE);
2. História clínica e psiquiátrica;
3. Diagnóstico da SAA e suas complicações clínicas e psiquiátricas;
4. Avaliação do paciente;
5. Exame físico e psiquiátrico (Escala de CIWA-AR) e encaminhamentos;
6. Tratamento da SAA e das complicações clínicas e psiquiátricas;
7. Exames laboratoriais;
8. Encaminhamento para tratamento da dependência ao álcool.

## DIAGNÓSTICO

- 1) Suspeitar da SAA em diversas situações clínicas e especialidades \* e aplicar o CAGE;

### CAGE – Cut Down; Annoyed; Guilty e 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

### Critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência ao álcool (SAA) OMS

#### Estado de abstinência:

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

#### **B. 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.

**Delírium Tremens** é a mais severa forma da 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.

- 2) Lembrar das diversas co-morbidades e doenças crônicas causadas pelo álcool;
  - 3) Avaliar a interrelação entre elas;
  - 4) Avaliar a superposição de eventos de libação alcoólica, doenças agudas, estados de desnutrição associados ao álcool, agudização de doenças crônicas, síndrome de abstinência por outras drogas e diagnósticos diferenciais:
- Ambulatórios de atendimento primário, quadros ansiedade, insônia, hiperventilação, sudorese, tremor, taquicardia, hipertensão arterial, náuseas, refluxo gastro-esofágico, diarréias;
  - Enfermarias, pacientes em observação por várias doenças, pneumonias, pancreatite aguda, pós cirúrgicos, especialmente AIDS onde o índice de dependentes químicos é muito elevado;

**Emergências Médicas:**

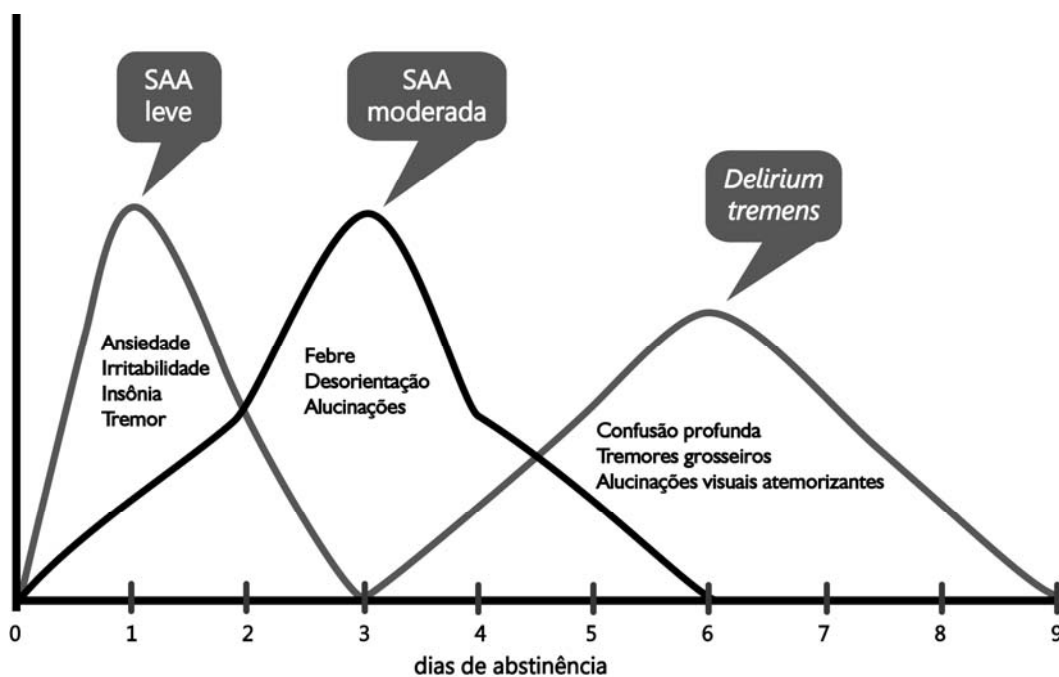
\*Clínica Médica: Crise hipertensiva, taquiarritimias, fibrilação atrial paroxística, vômitos, dor abdominal e cefaléia;

- **Neurologia:**
  - 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, alucinose, alucinações, paranóia, delírios e agitação psicomotora;
- **Ortopedia:**
  - Fraturas por quedas durante intoxicação aguda, com evolução subsequente, "quedas" por convulsão, já durante síndrome de abstinência alcoólica em desenvolvimento;
- **Cirurgia buco-maxilo-facial:**
  - Fraturas de face;
- **Cirurgia Geral:**
  - Quedas, contusões, lesões cortantes, "queda-da-própria-altura" (convulsões são causa frequente);
- **Toxicologia.**

## ITENS DE CONTROLE

- A SAA inicia nas primeiras 24 horas de interrupção/diminuição da ingestão de álcool em 90% dos pacientes;
- Em geral apresenta sintomas leves a moderados;
- A aplicação da escala de CIWA-Ar orienta sobre o manejo adequado do paciente que deve ser realizada a cada hora até índices de menor gravidade quando podemos espaçar as avaliações;
- Cerca de 5% dos pacientes evoluem para SAA grave nas 48 horas seguintes e destes 3% podem evoluir para Delírium Tremens após 72 horas ou apresentar convulsões (cerca de 10 a 15% das SAA);
- Escores iguais ou superiores a 20 deverão ser encaminhados às Unidades Clínicas. As internações são necessárias devido à confusão mental, a presença frequente de complicações clínicas e a necessidade de monitoramento de exames laboratoriais de controle.

### Gravidade e Duração dos Sinais e Sintomas da SAA



Fonte: Freeland ET AL. (1993)<sup>29</sup>(D)

Fonte: Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool, p. 10

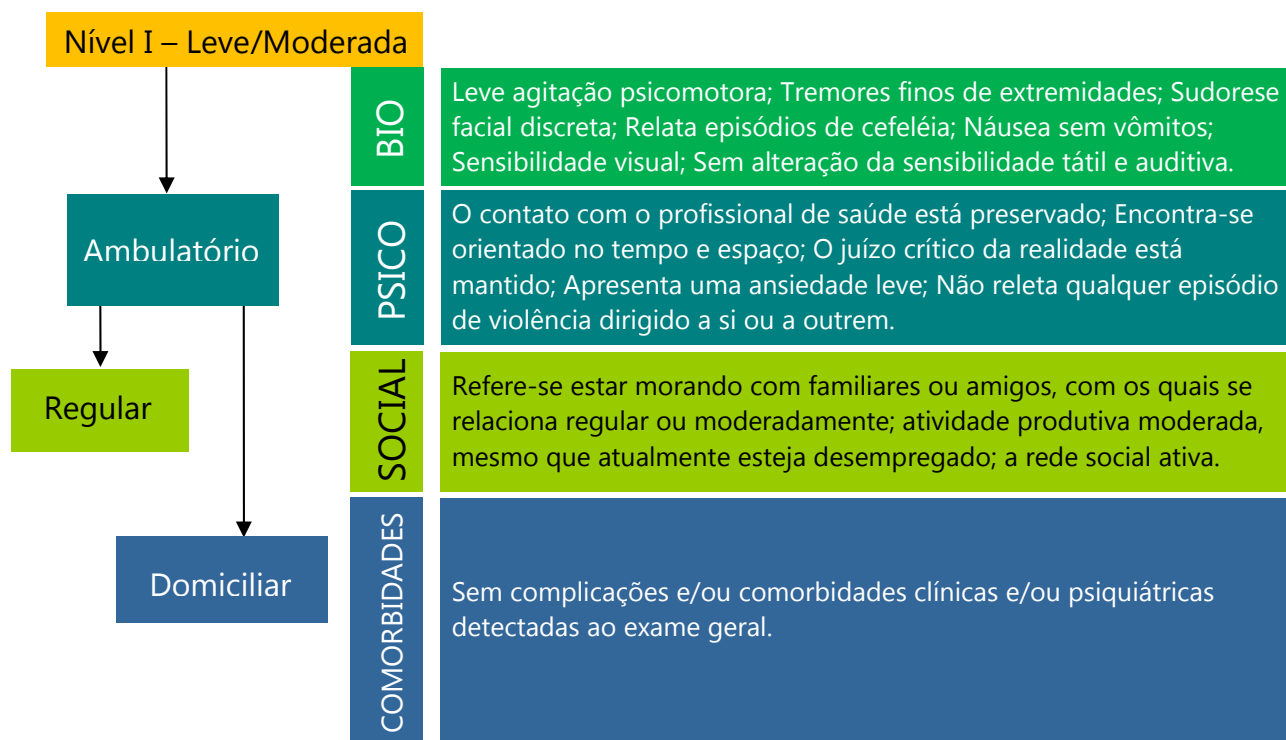
## OBJETIVOS

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

## TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- **Tranquilização do paciente - evitar gestos ameaçadores – oferecer segurança:**  
Oferecer local de segurança, cadeira, maca com proteção lateral, maca com cabeceira elevada ou mesmo o chão, para evitar 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(recomendaçãoA).

### Quadro I - Conjunto de Sintomas e Sinais da SAA nível I



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

**ANEXO I**

**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                            |

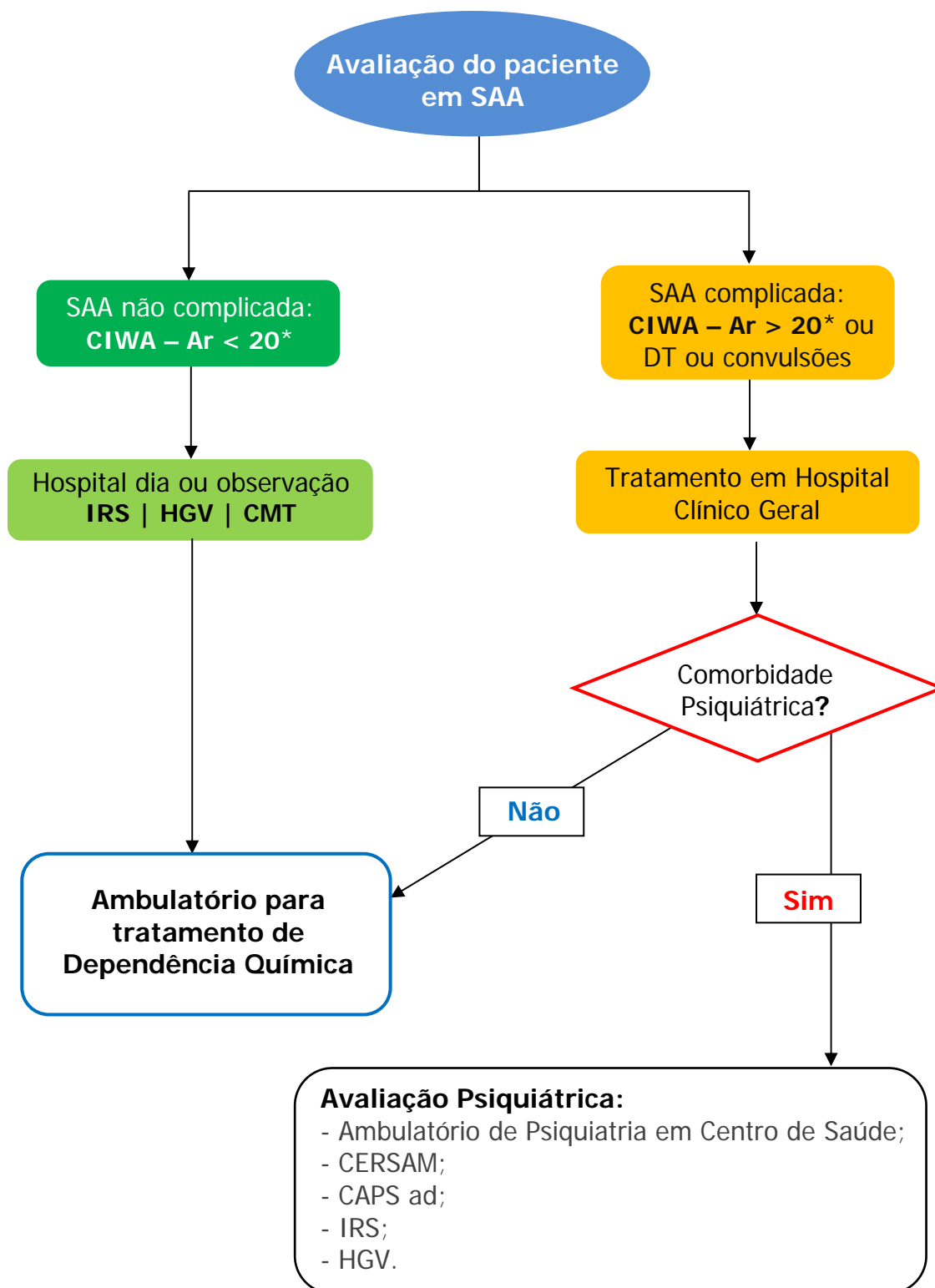
**10- Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)**

- |   |   |
|---|---|
| 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                   |

Score

**ANEXO II**

**Fluxograma para o Atendimento da Síndrome de Abstinência ao Álcool**



\* Projeto Diretrizes - Associação Brasileira de Psiquiatria – Uso e Dependência do Álcool  
[www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/002.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf)



## REFERÊNCIAS

### Grau de Recomendação e Nível de Evidência

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.	<b>D</b>
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 <a href="http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuia.pdf">www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuia.pdf</a> .	<b>D</b>
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 <a href="http://www.saude.gov.br/bvs">www.saude.gov.br/bvs</a> .	<b>D</b>
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) <a href="http://www.saude.gov.br/bvs">www.saude.gov.br/bvs</a> .	<b>D</b>
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 <a href="http://www.saude.gov.br/bvs">www.saude.gov.br/bvs</a> .	<b>D</b>
6- Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, 2000. Disponível em <a href="http://www.campinas.sp.gov.br/saude/.../protocolos/protocolo_hipertensao/protocolo_hipertensao.ht...-9k">www.campinas.sp.gov.br/saude/.../protocolos/protocolo_hipertensao/protocolo_hipertensao.ht...-9k</a> .	<b>D</b>

Governador do Estado de Minas Gerais  
Antônio Augusto Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais  
Antônio Jorge de Souza Marques

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde  
Maurício Rodrigues Botelho

Presidente da FHEMIG  
Antônio Carlos de Barros Martins

Vice-Presidente  
Ronaldo João da Silva

Gabinete  
Fernando Eduardo Guimarães de Carvalho

Procuradoria  
Júlio César Pinto

Auditoria Seccional  
Alexandre Gorgulho Cunningham

Assessoria de Comunicação Social  
Christina Guimarães Marândola

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças  
Mércia Fátima Cardoso de Andrade

Diretoria Assistencial  
Lívia Mara Ferreira

Diretoria de Gestão de Pessoas  
Flávia de Queiroz Lima

Diretoria de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa  
Hilda Maria Silveira Mesquita Zschaber

Comissão Central de Protocolos Clínicos da FHEMIG

Comissões Locais de Protocolos Clínicos da FHEMIG

