



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 1 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

## **1. OBJETIVO**

Esse protocolo tem como objetivo unificar as condutas no serviço quanto ao processo de triagem do paciente, quanto aos critérios para internação na Unidade de desintoxicação com cuidados direto e vigilância/monitoramento contínuo ou direto nas enfermarias e nortear o corpo clínico quanto as diretrizes de tratamento dos diferentes tipos de intoxicação e intercorrência.

## **2. PÚBLICO ALVO**

Médicos clínicos e psiquiatras contratados e médicos plantonistas, que prestam assistência aos pacientes adolescentes e adultos no SARAD.

## **3. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO**

### **3.1 Paciente deve apresentar:**

História prévia de SAA complicada com convulsões ou delirium tremens ou Consumo diário de Etanol a longo prazo com última dose até 96 horas ou Ciwa-Ar > 10 ou Flutuação do nível de consciência ou Agitação psicomotora ou Alucinações ou Crise convulsiva recente ou Desequilíbrio hidroeletrólítico ou Comorbidade clínica descontrolada com risco agudo de agravo à saúde ou Internação involuntária com risco de evasão iminente ou Risco a si (tentativas de suicídio estruturado) ou risco a terceiros.

**\* caso não apresente nenhum desses critérios, deverá ser encaminhado para enfermaria \***

**3.2 Histórico Clínico:** avaliação detalhada do histórico de uso de álcool e outras drogas, episódios anteriores de SAA, comorbidades, uso concomitante de outras substâncias, e antecedentes psiquiátricos, psicológicos, história de tentativa de suicídio, agressividade, controle de impulsividade ineficaz

**3.3 Solicitar exames admissionais, conforme protocolo clínico de Admissão:** fundamental para corrigir distúrbios infecto metabólicos.



## PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD

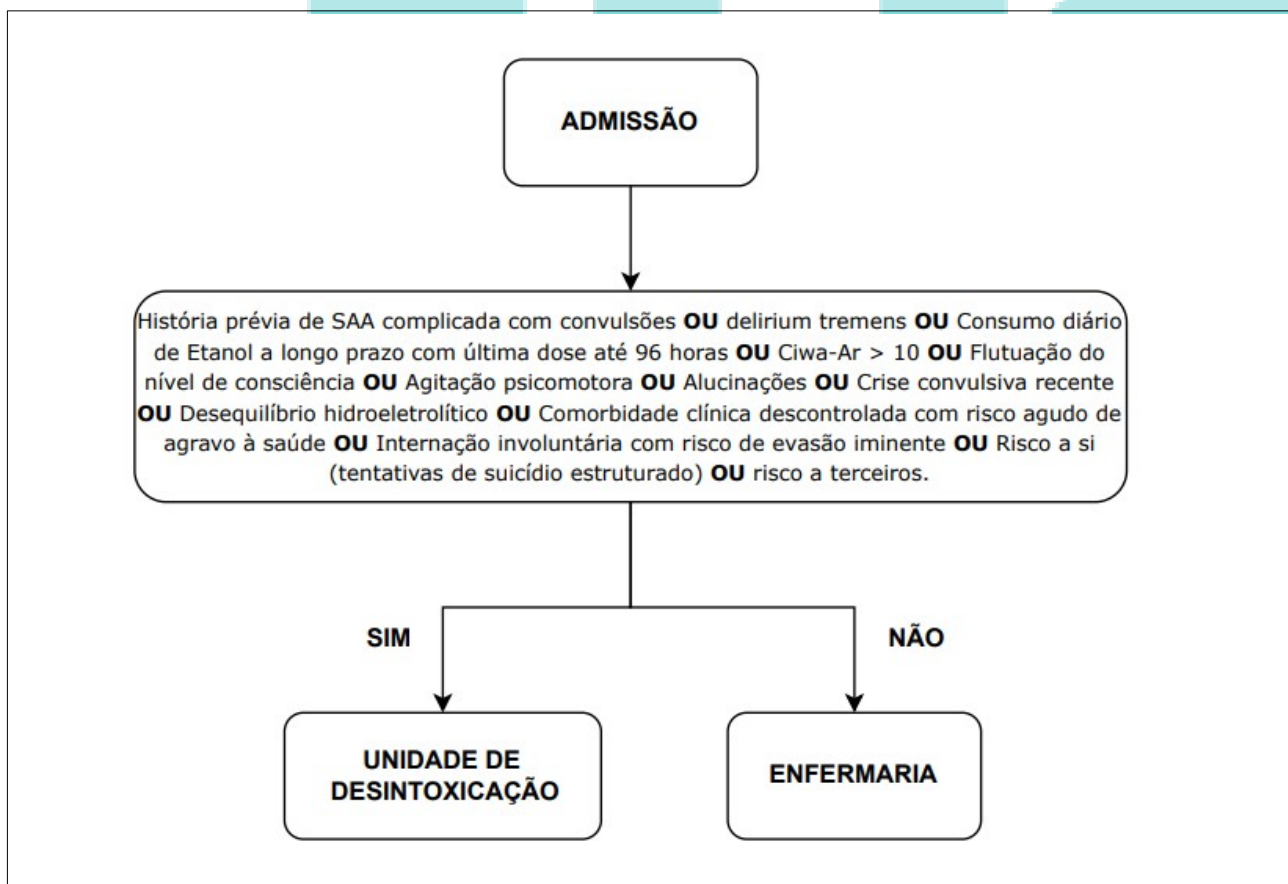
### PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 2 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

**3.4 Solicitar eletrocardiograma e registrar alterações (intervalo QT, ritmo, bloqueios, etc):** pacientes usuários de SPAs possuem risco cardiovascular aumentado devido ao uso de SPAs. E, ao longo da internação e tratamento, grande parte necessita de uso psicotrópicos, (antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, etc), fármacos que também trazem risco cardiovascular. Dessa forma, é imperativo ter a disposição ECG para ponderar sobre os medicamentos que serão prescritos.

### 3.5. Fluxograma:



## 4. TRATAMENTO /CONDUTAS /RECOMENDAÇÕES

### 4.1 USUÁRIOS DE ÁLCOOL:

#### 4.1.1 Manejo de Abstinência Alcoólica



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 3 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

Pacientes etilistas possuem estímulo inibitório constante no sistema nervoso central devido ao uso de álcool (essa substância é depressora do sistema nervoso central), principalmente, através do estímulo das vias GABAérgicas. Para atingir homeostase, vias excitatórias são ativadas. Após cessarem o uso de álcool, ocorre um desbalanço das vias excitatórias/inibitórias, responsável pelos sintomas da Sd. De Abstinência Alcoólica. Para manejar esse desbalanço, utilizamos benzodiazepínicos (estímulo inibitório) nos primeiros dias após pacientes cessarem o uso de álcool até que o organismo atinja homeostase novamente. Para classificar a gravidade da Sd. De Abstinência Alcoólica, utilizar a escala CIWA-Ar, orientando o tratamento conforme o nível de gravidade.

**a) SAA Nível I (Leve/Moderada): CIWA-Ar 1 – 18pts**

- **Sintomas:** Agitação leve, ansiedade, tremores finos, sudorese discreta, alterações do sono, sensibilidade visual aumentada.
- **Manejo:** Mesmo em casos de SAA leve, o tratamento será realizado sob internação em UD. Iniciar com Diazepam 10 mg VO a cada 6-8 horas, ajustando a dose conforme a resposta clínica.

**b) SAA Nível II (Grave): CIWA-Ar 19 – 24pts**

- **Sintomas:** Tremores generalizados, alucinações, desorientação, ansiedade intensa, crises convulsivas.
- **Manejo:** Monitoramento contínuo. Ajuste das doses de benzodiazepínicos conforme a gravidade, e considerar antipsicóticos em doses baixas para agitação severa. **Diazepam:** Iniciar com doses de 10-20 mg VO a cada 4-6 horas, ajustando conforme a gravidade dos sintomas. Se necessário, pode ser administrado intravenosamente em casos de absorção comprometida. **Antipsicóticos(terapia adjuvante):** Utilizar em doses baixas para manejo de agitação psicomotora. Exemplos incluem Haloperidol 1-2 mg VO ou IM, Risperidona 1-2 mg VO, ou Quetiapina 25 mg VO. Em pacientes com sinais atuais ou prévios de Parkinsonismo, utilizar QUETIAPINA.

**c) Delirium Tremens (DT): CIWA-Ar > 25pts**

- **Sintomas:** Confusão severa, desorientação, alucinações, convulsões.



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 4 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

- **Manejo:** Internação em unidade de terapia intensiva (UTI) com suporte vital, reposição hidroeletrólítica, e monitoramento contínuo. Utilizar benzodiazepínicos de forma agressiva e suporte medicamentoso conforme necessidade. **Diazepam**, com doses iniciais de 20 mg IV, repetidas conforme necessário até controle dos sintomas. Vide alternativas terapêuticas em documento de suporte anexo. **Reposição Hidroeletrólítica:** Monitoramento rigoroso dos eletrólitos, com reposição conforme necessário. **Antipsicóticos:** utilizar como terapia adjuvante se necessário.

**\*\* Sugere-se não utilizar manejar agitação da abstinência alcoólica com neurolépticos sedativos de baixa potência (clorpromazina, levomepromazina), uma vez que podem induzir convulsões. Optar pelo Haloperidol 1 mg nesses casos.**

- **RECOMENDAÇÕES SOBRE O USO DE DIAZEPAM**

**Se bem tolerado**, reduzir 5mg a cada 48h (caso paciente esteja utilizando esse medicamento em altas doses, uma dose maior pode ser reduzida se bem tolerado), o objetivo do médico assistente **é reduzir conforme possível e sempre que possível** o uso de benzodiazepínico.

**Se permanecerem os sintomas de abstinência**, diminuir o intervalo de tomada do diazepam (exemplo: iniciou com 10mg 8/8h com persistência de sintomas de abstinência, pode-se, progressivamente, reduzir dose para 10mg 6/6h; 10mg 4/4h; 10mg 2/2h; 10mg 1/1h). Se o paciente não conseguir ingerir medicação VO, utilizar 1amp EV no lugar de 10mg VO.

**Se o Diazepam não for tolerado ou contraindicado, considerar outros benzodiazepínicos como Lorazepam, aplicam-se aos casos de hepatopatias severas ou pacientes que persistem em quadro de delirium sem outras causas plausíveis passado a fase de abstinência aguda. Tais pacientes costumam apresentar um estado de hipoativação (lentificação psicomotora, sonolência), se comparado a hiperativação observada na fase de SAA.**



- **RECOMENDAÇÕES SOBRE A REPOSIÇÃO VITAMÍNICA**

Devido à agressão contínua que o álcool promove no TGI dos pacientes etilistas, eles apresentam uma menor absorção de vitaminas B. Dessa forma, é indicada reposição vitamínica naqueles com etilismo pesado crônico.

- **esquema de reposição padrão:** Tiamina 300mg 1cp 1x ao dia e Vitamina Complexo B 1cp 1x ao dia.

**d) Síndrome de Wernicke:** é uma emergência médica que ocorre em decorrência da deficiência de tiamina (vitamina B1), frequentemente associada ao abuso crônico de álcool. Sua identificação precoce e tratamento imediato são essenciais para prevenir a progressão para a encefalopatia de Wernicke-Korsakoff, que pode causar danos neurológicos permanentes.

- **RECONHECIMENTO DOS SINAIS CLÍNICOS**

Os sintomas clássicos da Síndrome de Wernicke incluem:

1. Confusão Mental: Desorientação, dificuldade de concentração e comprometimento da memória.
2. Ataxia: incoordenação motora, especialmente na marcha.
3. Oftalmoplegia: Movimentos anormais dos olhos, incluindo nistagmo (movimentos oculares involuntários) e paralisia do músculo ocular.
4. Outros sinais podem incluir hipotensão postural, hipotermia e alterações visuais como visão turva.

- **Prevenção de wernicke (para pacientes de alto risco):** Tiamina 1 ampola (100mg/ml em 1ml) em 100ml de SF 0,9% 1x ao dia por 7 dias ou Tiamina 1 amp (100mg/ml em 1ml) IM 1x ao dia por 7 dias + Complexo B 1cp ao dia. Após 1 semana, utilizar esquema de reposição padrão (Tiamina 300mg 1cp 1x ao dia e Vitamina Complexo B 1cp 1x ao dia).

OBSERVAÇÃO: pacientes de alto risco para wernicke são aqueles sem sintomas da triade (caso possuam 1 sintoma devem ser manejados com protocolo de Wernicke), emagrecidos, com possíveis déficit nutricionais.



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 6 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

- **Protocolo de wernicke (para pacientes que possuem 1 sintoma da tríade wernicke – confusão mental, ataxia ou oftalmoplegia ):** realizar ataque com 5 amp Tiamina (100mg/ml em 1ml) em 250ml de SF 0,9% para correr lento de 8/8h por 3 dias (ou seja 500mg de Tiamina EV, 3x ao dia por 3 dias). Posteriormente, 3 amp Tiamina (100mg/ml em 1ml) em 250ml de SF 0,9% para correr lento 1x ao dia por 5 dias(ou seja 300mg de Tiamina EV, 1x ao dia por 5 dias). Após, manter manutenção com dose oral.
- **Reposição de Vitaminas do Complexo B:** Administrar uma cápsula de complexo B diariamente durante o período de tratamento, para garantir a reposição adequada de outras vitaminas do grupo B que também podem estar deficientes.
- **Monitoramento Clínico:** Monitorar a resposta ao tratamento, com avaliação frequente do estado neurológico, equilíbrio eletrolítico e status nutricional do paciente.
- **Alta e seguimento – Critérios de Alta UD / Hospitalar**  
Estabilidade clínica, com resolução dos principais sintomas de SAA. Antes da alta, iniciar a farmacoterapia de manutenção, como Naltrexona, para prevenir recaída para os pacientes provenientes de Botucatu ou com condição de compra. Esquema de introdução de Naltrexona: MEIO comprimido de 50 mg por 1 semana após o almoço. Após 1 semana, 1 comprimido de 50 mg após o almoço.
- **Orientação Pós-Alta:** Educação do paciente e familiares sobre os riscos de recaída e a importância do seguimento ambulatorial rigoroso. Instruções sobre quando procurar atendimento emergencial em caso de sintomas de abstinência.

## 4.2 USUÁRIOS DE COCAÍNA/CRACK

### 4.2.1 Manejo de Fissura:

Frequentemente, começam a apresentar sintomas de fissura a partir do 5º dia de abstinência. Não existe uma conduta padronizada apoiada pela literatura científica. **Sugere-se não utilizar** manejar esses sintomas com fenotiazinas (**clorpromazina, levomepromazina e prometazina**) devido à cardiotoxicidade dessas substâncias. Deve-se preferir o uso de



intervenções psicossociais e, se optado por utilizar algum fármaco, utilizar benzodiazepínicos devido à alta segurança cardiovascular desses medicamento (um esquema interessante seria Clonazepam 2,5mg/ml 10 gotas de 8 em 8 horas se necessário), sempre utilizando somente se necessário e pelo menor tempo possível.

**\*caso utilizado fenotiazinas (clorpromazina, levomepromazina, prometazina) ao longo da internação lembrar que esses medicamentos não controlam a fissura, mas promovem sedação que pode causar alívio de sintomas (o que pode ser interessante somente durante o setting de internação). Dessa forma, caso opte-se por prescrevê-las, **NÃO** mantê-las no período de alta.**

### 4.3 USUÁRIOS DE MACONHA

#### 4.3.1 Manejo de Abstinência

Frequentemente, começam a apresentar sintomas de fissura a partir do 5º dia de abstinência. Não existe uma conduta padronizada apoiada pela literatura científica. Deve-se preferir o uso de intervenções psicossociais e, se optado por utilizar algum fármaco, utilizar benzodiazepínicos (um esquema interessante seria Clonazepam 2,5mg/ml 10 gotas de 8 em 8 horas se necessário), sempre utilizando somente se necessário e pelo menor tempo possível

### 4.4 USUÁRIOS DE OPIÓIDES

#### 4.4.1 Manejo de Abstinência

Iniciar com 10mg de Metadona e reavaliar paciente em 4 horas. Caso presente 2 dos 4 sintomas de abstinência (midríase, aumento de 10mmHg na PAS, aumento de 10 bpm na FC, síndrome flu-like), acrescentar mais 10mg e reavaliar novamente em 4 horas. Essa dose raramente ultrapassa 40mg/dia. No dia seguinte, dividir a dose de estabilização em 2 tomadas e retirar 5mg a cada 24h. Quando a metadona estiver abaixo de 30mg/dia, pode-se associar Clonidina (0,6 a 1,2mg ao dia) para atenuar os sintomas noradrenérgicos da abstinência. **NÃO UTILIZAR NALTREXONA NO PERÍODO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.**

### 4.5 USUÁRIOS DE DROGAS Z



#### 4.5.1 Manejo de Abstinência

Não existe um protocolo consagrado pela literatura. Alguns estudos convertem a dose de Zolpidem para Diazepam (10mg Zolpidem = 5mg Diazepam) e realizam uma retirada gradual. O diazepam é utilizado porque os benzodiazepínicos atuam nos mesmos receptores que as drogas Z. Uma redução de 5mg de diazepam a cada 48h pode ser uma estratégia interessante se bem tolerado pelo paciente. Medicamentos como a pregabalina e a quetiapina podem auxiliar no controle dos sintomas.

#### 4.6 USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS

##### 4.6.1 Desintoxicação

Calcular dose do BZD que paciente está utilizando e converter para BZD de meia vida longa (diazepam). Após conversão, prescrever 50% da dose equivalente de diazepam ao longo do dia (um esquema interessante seria prescrever de 8/8 h). Manter essa dose por 72 h e, após, reduzir 5mg a cada 4 dias. **SEMPRE REAVALIAR SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA E PONDERAR SE NECESSÁRIO REDUZIR A VELOCIDADE DE REDUÇÃO DA DOSE.**

**Abstinência Severa:** o paciente pode evoluir com abstinência grave, nesses casos, pode-se utilizar 1amp de Diazepam 10 mg EV e repetir em 30 minutos se necessário. Caso paciente, evolua com sintomas psicóticos, pode-se utilizar Olanzapina 5 mg VO.

#### 4.7 INTERCORRÊNCIAS GERAIS

##### 4.7.1 Insônia

Deve-se preferir o uso de intervenções psicodinâmicas e, se optado por utilizar algum fármaco, utilizar benzodiazepínicos (exemplos Clonazepam 2,5 mg/ml 10 gotas) ou neurolépticos em dose baixa (exemplos Quetiapina 25 mg 1 cp a noite) ou antidepressivo com propriedades que beneficiem o sono (Trazodona 50 mg 1 cp a noite).

##### 4.7.2 Delirium hiperativo/hipoativo/misto (desconcentração + curso flutuante + pensamento confuso OU diminuição do nível de consciência)





**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 9 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

Medidas gerais para delirium (atenção especial em suspender da prescrição, conforme possível, benzodiazepínicos e demais medicamentos sedativos), prescrever neuroléptico em dose baixa somente se agitação psicomotora (exemplo: Haloperidol 1 mg, Risperidona 1 mg, Quetiapina 25 mg).

#### 4.7.3 Agitação Psicomotora

Iniciar sempre com orientações verbais. Se não forem efetivas, oferecer medicação VO. Se paciente recusar medicação VO, prescrever medicação IM. Caso paciente esteja colocando a si ou terceiros em risco, proceder com contenção física pelo menor tempo necessário. **OBSERVAÇÃO: sempre verificar nível de consciência e sinais vitais após administração de fármacos para tranquilização.**

• **exemplos de medicação VO:** Haloperidol 1 mg 8/8 h SN; Risperidona 1 mg 8/8 h SN; Quetiapina 25 mg 8/8 h SN. Em pacientes com sinais atuais ou prévios de Parkinsonismo, utilizar QUETIAPINA.

• **exemplo de medicação IM: (Haloperidol 1amp IM + Prometazina 1amp IM) 8/8h SN. Midazolam meia ampola SN. SEMPRE MONITORAR SSVV APÓS. REPETIR ECG EM PACIENTES QUE RECEBERAM TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA DE REPETIÇÃO**

## 5. AUTORES e REVISORES

**5.1 Especialidades/Serviços** – Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas - SARAD

**5.2 Autores/Colaboradores** – Dr. Guilherme Penaforte da Silva, Dr Gustavo Bigaton Lovadini, DraThanile Lais da Silva, Dr<sup>a</sup> Debora Gomes-Medeiros

## 6. REFERÊNCIAS E LINKS



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 10 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

1. Myrick H, Wright T. Clinical management of alcohol abuse and dependence. In: Galanter M, Kleber HD. The American Psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment. 4th ed. Washington: American Psychiatric; 2008. p.129-42
2. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica a prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Gigliotti A, Guimarães A. Diretrizes gerais para tratamento dependência química. Rio de Janeiro: Rubio; 2010.
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo; 2003
5. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(2):62-71.
6. Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência química: novos modelos de tratamento. In: Abuso e dependência do álcool: diagnóstico e tratamento farmacológico. São Paulo: Roca; 2001.
7. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. Am J Psychiat. 2004;161(11):1967-77.
8. Hasin DS, Keyes KM, Alderson D, Wang S, Aharonovich E, Grant BF. Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. J Clin Psychiat. 2008;69(9):1354-63
9. Budney AJ, Vandrey RG, Stanger C. Intervenções farmacológicas e psicossociais para os distúrbios por uso da cannabis. Rev Bras Psiquiat. 2010;32(1):S46-S55.
10. Jungerman FS, Andreoni S, Laranjeira R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. Drug Alcohol Depend. 2007;90(2):120-7.
11. Gazoni FM, Truffa AAM, Kawamura C, Guimarães HP, Lopes RD, et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. Rev Bras Terap Intens. 2010;18(4):427-32.
12. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiat. 2010;32(2):S104-S11.



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 11 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

13. Diehl A. Tratamento farmacológico de intoxicações agudas e síndrome de abstinência de cocaína. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 185-7.
14. Rawson RA, editor. Treatment for stimulant use disorders (TIPS #33). Rockville: Center for Substance Abuse Treatment; 1999
15. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: compendium 2006. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2006
16. Sofuoglu M, Kosten TRK. Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2006;11(1):91-8
17. Cimolai N. Zopiclone: is it a pharmacologic agent for abuse? *Can Fam Physician*. 2007;53(12):2124-9
18. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174730.
19. Yanagita T. Dependence potential of zopiclone studied in monkeys. *Pharmacology*. 1983;27(2):216-27.
20. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;393:95-101.
21. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*. 2009;23(1):19-34.
22. Mandrioli R, Mercolini L, Raggi MA. Benzodiazepine metabolism: an analytical perspective. *Curr Drug Metab*. 2008;9(8): 827-44
23. Associação Médica Brasileira. Projeto diretrizes: abuso e dependência dos benzodiazepínicos. São Paulo: AMB; 2013.
24. Takeshima N, Ogawa Y, Hayasaka Y, Furukawa TA. Continuation and discontinuation of benzodiazepine prescriptions: a cohort study based on a large claims database in Japan. *Psychiat Res*. 2016;237:201-7.



**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 12 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

25. Cordeiro DC. Tratamento farmacológico da síndrome de abstinência e dependência de opióides. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 223-6.
26. Baltieri DA, Strain EC, Dias JC, Scivoletto S, Malbergier A, Nicastri S, et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(4):259-69.
27. Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Tratamento farmacológico para abuso de opióides e cocaína. In: Samet JH, Stein MD, O'Connor PG. Clínicas médicas da América do Norte: abuso de álcool e de outras drogas. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997. p. 885-901.
28. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD005031
29. DSM-5-TR. Washington: American Psychiatric Publishing, 2022. APA – Associação Americana de Psiquiatria.



## PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD

PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 13 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

### 7. ANEXO

#### 7.1. Principais benzodiazepínicos e suas características

Composto	Meia-vida (horas)	Tempo para Início do Efeito (min)	Dose (mg)
Alprazolam	12 ± 2	30 – 60	0,5 – 2
Clordiazepóxido	10 ± 3,4		50 – 100
Clonazepam	23 ± 5	20 – 60	1 – 3
Clorazepato	2 ± 0,9	30 – 60	3,75 – 20
Diazepam	43 ± 13		5 – 10
Estazolam	10 – 24	15 – 30	1 – 2
Flunitrazepam	11 – 20		0,5 – 1,5
Flurazepam	74 ± 24	15 – 20	15 – 30
Lorazepam	14 – 5	30 – 60	2 – 4
Midazolam	1,9 ± 0,6	10 – 20	7,5 – 15
Nitrazepam	25 – 35		2,5 – 10
Oxazepam	8 ± 2,4	30 – 60	15 – 30
Quazepam*	39	20 – 45	7,5 – 15
Temazepam*	11 ± 6	45 – 60	7,5 – 30
Triazolam	2,9 ± 1,0	15 – 30	0,125 – 0,5

Fonte: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/LUCAS-DINIZ-MOURA.pdf>



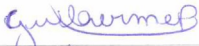
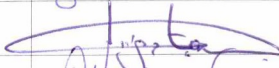
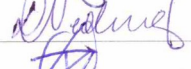

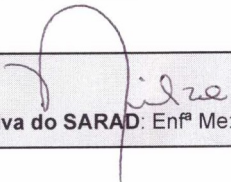


**PROTOCOLOS CLÍNICO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD**  
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 004 – PÁG - 14 / 14 – EMISSÃO: 10/10/2024 – VERSÃO Nº: – PRÓXIMA REVISÃO: 10/10/2026

**8. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO**

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br		
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>			
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO</b>			
1.1. Título: PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD			
1.2. Área Responsável: SARAD			
1.3. Data da Elaboração: <u>10/10/2024</u> Total de páginas: <u>14</u> Data da Revisão: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Número da Revisão: <u>  </u>			
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:			
<b>Nome</b>	<b>Função</b>	<b>Setor</b>	<b>Assinatura</b>
Dr. Guilherme Penaforte da Silva	Médico	SARAD	
Dr Gustavo Bigaton Lovadini	Médico	SARAD	
Dra. Débora Gomes Medeiros	Médica	SARAD	
Dra. Thanile Lais da Silva	Médica	SARAD	
<b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):</b>			
Declaro que estou ciente e <b>aprovo</b> o conteúdo do documento: <b>PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD.</b>			
Também autorizo a exposição do meu nome completo.			
Data: <u>20/12/24</u>	Assinatura:  Diretora Executiva do SARAD: Enfª Me: Nilza M. Ravazoli		