



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

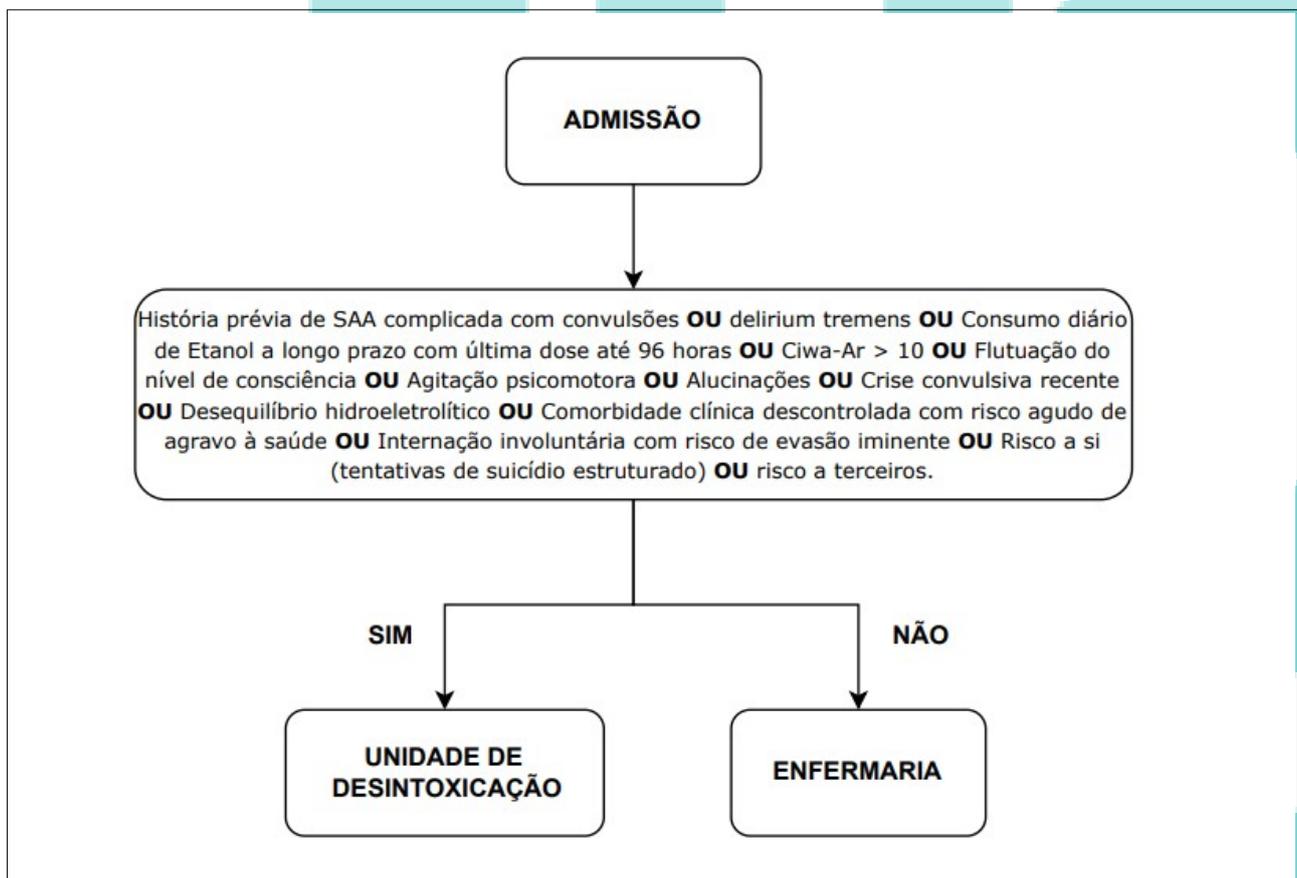
PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



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^a 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://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/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

	<p>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</p>		
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO			
1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO			
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> 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:			
Nome	Função	Setor	Assinatura
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	
2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):			
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: PRC SARAD 004 – DIRETRIZES DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD.			
Também autorizo a exposição do meu nome completo.			
Data: <u>20/12/24</u>	Assinatura: Diretora Executiva do SARAD: Enfª Me: Nilza M. Ravazoli		