



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HC FMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 1 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

1. OBJETIVO

Esse protocolo foi elaborado com objetivo de unificar as condutas no serviço quanto ao processo de admissão do paciente, quanto aos critérios para aceite de solicitação de internação e de nortear o corpo clínico quanto aos critérios para a transformação da internação em involuntária no tratamento da dependência química, visando a melhora prática clínica/psiquiátrica respeitando-se os preceitos legais e éticos e as liberdades individuais dos pacientes.

2. PÚBLICO ALVO

Médicos clínicos e psiquiatras contratados e médicos plantonistas, que prestam assistência aos pacientes adolescentes feminino e adultos feminino e masculino e adultos, que se incluem nos critérios de admissão e tratamento no SARAD.

3. DEFINIÇÕES / CONSIDERAÇÕES

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (Fiocruz/SENAD; coleta em 2015), 66,4% da população brasileira já usou álcool ao menos uma vez na vida, e 30,1% referiram uso de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à pesquisa. Nesse mesmo levantamento, a prevalência de binge drinking (seis ou mais doses em uma única ocasião) foi de 16,5%.

Em paralelo, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019 (IBGE) estimou que 26,4% dos adultos (≥ 18 anos) costumavam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana. Quanto ao tabaco, a PNS 2019 (IBGE) apontou prevalência de 12,8% de usuários atuais de produtos derivados do tabaco entre adultos, e 12,6% de fumantes atuais (tabaco fumado).

Para consumo abusivo de álcool (definido no Vigitel como 4+ doses para mulheres ou 5+ doses para homens em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias), o Vigitel Brasil 2023 (Ministério da Saúde) estimou 20,8% no conjunto das capitais e DF (maior em homens: 27,3%; mulheres: 15,2%).

Dado a epidemiologia e a alta prevalência do uso de substâncias e do quadro de dependência química na população geral surge a demanda pelo serviço especializado no manejo e tratamento do usuário de SPA (substâncias psicoativas) hoje, no Brasil, majoritariamente organizado em torno dos CAPS/CAPS-AD.



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 2 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

Entretanto, apesar do tratamento ambulatorial suprir a maior parte da demanda, a fase inicial da abstinência no tratamento da dependência é um gargalo para a continuidade efetiva desse processo. Grande parte dos pacientes com transtorno por uso de substância moderado a grave, não conseguem passar pela síndrome aguda de abstinência e acabam recaindo logo nas primeiras horas ou dias.

Esta fase é marcada por intenso sofrimento e desconforto físico e psíquico. A ausência da substância de uso crônico causa sintomas que vão desde irritabilidade, depressão, insônia, até quadros graves, que a depender da substância em uso, progridem para psicoses, convulsões e até óbito por descompensação clínica. Assim, existem situações de urgências/emergências clínicas e psiquiátricas nesses pacientes cujo manejo deve ocorrer no contexto de internação.

Dessa forma, esse serviço propõe uma abordagem a tais usuários de risco com internação fechada para desintoxicação e reabilitação de curto prazo, incluindo o início da elaboração do projeto terapêutico individual e articulação da rede de atenção em saúde mental do respectivo município.

A internação psiquiátrica, voluntária ou involuntária/compulsória, em estabelecimento de saúde integrante ou não do Sistema Único de Saúde, encontra-se regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/SAS 2391/2002, que segue o disposto na Lei 10.216/2001. De acordo com a norma, a internação psiquiátrica deve ter “a menor duração temporal possível”.

Ainda, a Lei 13840/2019 reconhece a internação do dependente químico quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e permite a internação involuntária de até 90 dias quando constatada a existência de motivos que justifiquem a medida.

4. DIAGNÓSTICO

4.1 Classificação Internacional de Doenças – CID 10

- **F10:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- **F11:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- **F12:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides
- **F13:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de hipnóticos
- **F14:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína
- **F15:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cocaína

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB

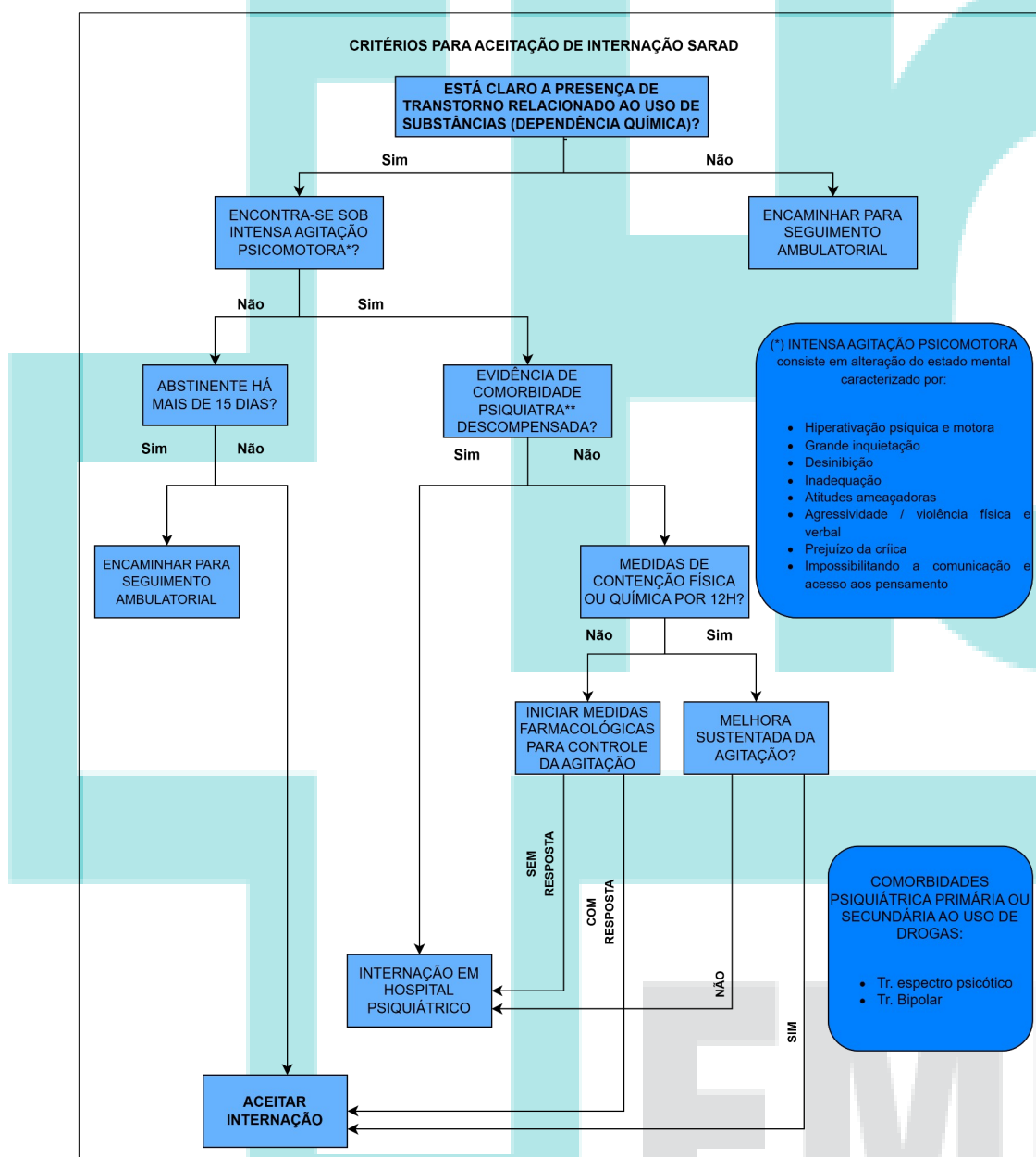
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 3 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

- **F16:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- **F17:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- **F18:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- **F19:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias.

4.2 Fluxograma



Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
 Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
 Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
 Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 4 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

5. TRATAMENTO / CONDUTAS / RECOMENDAÇÕES

5.1 Critérios de internação.

Ao receber a solicitação de vaga via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o médico clínico plantonista ou diarista deverá avaliar se o caso preenche os critérios de internação em serviço para tratamento hospitalar de dependência química.

São critérios de internação no SARAD:

- Dependência química (anexos 1 e 2), com insucesso no tratamento ambulatorial e/ou situação de risco/vulnerabilidade.
- Pacientes em vigência ou risco de síndrome de abstinência aguda (SAA) moderada ou grave; A SAA leve caracteriza-se como critério relativo, para casos com insuficiência de meios extra-hospitalares;
- Transtornos psiquiátricos comorbidos ao TUS sem significativa agitação psicomotora, depressão, ideação suicida, psicoses, hipomania.
- Paciente com comorbidades clínicas ao TUS, cujo manejo se mostre viável e seguro no SARAD de acordo com os recursos de suporte clínicos disponíveis no serviço.

Entendemos como situação de vulnerabilidade: vulnerabilidade biopsicossocial: situação de rua, furtos, prostituição ou esmola para sustentar o consumo, sem contingência familiar ou incapacidade grave de autocuidados; comorbidades neuropsiquiátricas e clínicas descompensadas pelas condições atuais do paciente.

O médico clínico deverá avaliar, também, se há critérios de **EXCLUSÃO** para a internação no SARAD. São eles:

1. Período de abstinência maior que 15 dias (***EXCETO para pacientes que nesse período estiveram em tratamento para outra condição clínica/psiquiátrica e encontram-se em estágio motivacional “pré-contemplativo” associado aos critérios de internação***);
2. Agitação e agressividade intensa associado a quadro psicótico, de mania ou orgânico, sem melhora com medidas de contenção verbal ou química;
3. Instabilidade hemodinâmica; comorbidade clínica que necessite de avaliação urgente de especialista e necessidade urgente de procedimento não disponível no serviço. Citamos como exemplos: choque de qualquer origem, insuficiência respiratória aguda, rebaixamento grave do nível de consciência, Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico em janela, trabalho de parto em fase ativa, encefalopatia hepática grau 3 ou

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 5 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

mais e hemorragia digestiva alta. Nesses casos, proceder com admissão, realizar medidas iniciais disponíveis no serviço e em seguida realizar interconsulta através do sistema MVPEP para SEC e acionar imediatamente o NIR.

Os pacientes admitidos em agitação psicomotora de difícil controle deverão receber contenção química e física, seguindo o protocolo de contenção. Nos casos de internação compulsória, deve-se comunicar o juiz responsável pela solicitação da necessidade de transferência, caso o médico clínico e/ou psiquiatra entenda que o Serviço não comporta atender o paciente, sendo um hospital geral ou psiquiátrico mais adequado para tal atendimento.

A internação psiquiátrica, inclusive nas modalidades involuntária ou compulsória, está condicionada à capacidade técnica, estrutural e operacional do serviço em garantir manejo clínico adequado, ambiente seguro e equipe capacitada para contenção, monitorização e tratamento do paciente. Nos casos de agitação psicomotora grave, heteroagressividade, risco iminente à integridade física do próprio paciente, de terceiros ou da equipe, e/ou necessidade de suporte intensivo, sedação contínua ou contenção prolongada, quando tais recursos não estiverem disponíveis na unidade, caracteriza-se a **inadequação do nível de complexidade assistencial**.

Nessas situações, impõe-se a indicação de transferência imediata para serviço de maior densidade de recursos apropriados ou referência especializada, devidamente comunicada aos órgãos competentes, não sendo juridicamente exigível a manutenção do paciente em unidade incapaz de prover os cuidados necessários, sob pena de violação aos princípios da dignidade da pessoa humana, da não maleficência e da segurança assistencial, conforme a Lei nº 10.216/2001, Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Código de Ética Médica.

Caso não seja constatado quadro de TUS/dependência química, notificar o médico solicitante e contrarreferenciar o paciente para o serviço de origem, desde que a origem tenha como receber o paciente.

Em casos de pacientes sem uso de SPA, mas que ainda necessitem de internação e a origem não tiver condições de receber o paciente orienta-se realizar admissão, preencher contrarreferência para outro serviço mais adequado e avisar o NIR, visando não deixar paciente desassistido.

5.2 Caráter da internação.

A internação pode ter caráter:



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 6 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

Voluntário, quando o paciente consente e não há mandato judicial;

Compulsória, por ordem judicial;

Involuntária, quando não há ordem judicial para internação, porém o paciente **não** apresenta o juízo crítico e/ou autodeterminação preservada; em caso de gestação em curso, quando há o entendimento que uma alta colocaria a saúde do nascituro em risco.

A internação **involuntária** na dependência química está em conformidade com o previsto pela lei 13840/2019 e são considerados critérios para internação contra a vontade do paciente, a situação que contemple 4 fundamentos a seguir:

1. **PRESENÇA DE DOENÇA MENTAL** (dependência química);
2. **PREJUÍZO DA CRÍTICA** (não compreende sua doença) e/ou **DA AUTODETERMINAÇÃO** (seu histórico evidencia incapacidade em frear o impulso para consumo da droga);
3. **INSUFICIÊNCIA DOS MEIOS EXTRA-HOSPITALARES**;
4. **IMINÊNCIA DE RISCO SEVERO A VIDA DO PACIENTE OU DE TERCEIROS**

Cabe ao médico de plantão ou ao diarista avaliar a necessidade de transformação da internação em involuntária. Havendo dúvida, deverá discutir o caso com um dos médicos atuando em psiquiatria no serviço.

O paciente que não desejar a internação e **não** possuir critério para tornar a internação involuntária deverá ser contrarreferenciado ao serviço de origem. Caso o paciente deseje iniciar tratamento para dependência química poderá ser encaminhado à triagem do CAPS-AD com uma carta simples de encaminhamento.

5.3 Local de internação.

Na consulta de admissão, o médico clínico diarista ou plantonista deverá avaliar a necessidade de internação em unidade de desintoxicação, seguindo os seguintes critérios:

- Síndrome de abstinência grave (CIWA-AR > 10), ou risco de síndrome de abstinência grave. (relato de apresentar uso de álcool intensificado, e/ou relato de sintomas de abstinência grave, com último uso menos 48 horas).
- Agitação psicomotora, risco de auto ou heteroagressividade.
- Instabilidade clínica.
- Risco de queda elevado.



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HC FMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 7 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

- Risco e tentativa de suicídio planejado.

5.4 Exames laboratoriais admissão.

Na admissão deverão ser solicitados os seguintes exames laboratoriais, caso não tenham sido colhidos no serviço de origem (PEP):

- Hemograma
- Urina 1
- CPK
- Ureia
- Creatinina
- TGO
- TGP
- Potássio
- Magnésio
- Sódio
- Sífilis
- Hepatite
- HIV

Se sexo feminino: Beta-hcg

Acréscimo no pedido, se dependência de álcool:

- Fosfatase alcalina
- Gama GT
- Bilirrubina
- TAP

Se paciente com internação recente neste serviço (3 meses) seguir a cartilha do Ministério da Saúde. No momento da admissão, tendo relato de exposição de risco por meio da anamnese, plantonista ou clínico devem solicitar sorologias novamente (atentar para janela imunológica de 30 dias).

5.5 Avaliação de especialista.

Em caso de dúvida com relação aos diagnósticos supracitados, o médico plantonista ou assistente poderá proceder com a internação e solicitar avaliação breve da psiquiatria para esclarecimento diagnóstico, informando a equipe e anotando no prontuário eletrônico. Deve comunicar aos psiquiatras do serviço, via grupo de Whatsapp específico, os pacientes que devem ser priorizados para avaliação.

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 8 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

6. AUTORES e REVISORES

6.1. Autores/Colaboradores: Rodolfo Mazeto Theotônio (Clínico SARAD), Júlia Laurindo Giacomini (Enfermeira SARAD), Gustavo Bigaton Lovadini (Psiquiatra SARAD), Fernando Cordeiro Pimentel (Diretor SARAD), Rebeca Jesumary Gonçalves (Psiquiatra SARAD), Nilza Martins Ravazoli Brito (Gerente de Enfermagem SARAD).

6.2. Revisores – Médicos Psiquiatras atuantes no SARAD – Dr Gustavo Bigaton Lovadini, Dr Guilherme Penaforte da Silva, Dr Pedro Murari de Barros, Nilza Martins Ravazoli Brito (Diretora Executiva do SARAD).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil.* Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2101748>. Acesso em: 9 fev. 2026.
2. **BRASIL. Ministério da Saúde.** *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 9 fev. 2026.
3. **BRASIL.** Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, abr. 2001.
4. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.391/GM/MS, de dezembro de 2002. Dispõe sobre normas e diretrizes para a organização da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2002.
5. **BRASIL.** Lei nº 13.840, de junho de 2019. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, nº 8.315, de 23 de

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 9 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

dezembro de 1991, nº 8.706, de 14 de setembro de 1993, nº 8.069, de 13 de julho de 1990, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jun. 2019.

6. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil).** A decisão de transformar ou não uma internação psiquiátrica voluntária em involuntária em casos de droga-adição se insere no âmbito da autonomia médica. *Parecer*, nº 68.130, de 1º jul. 2011. Relator: Mauro Gomes Aranha de Lima.
7. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil).** Resolução nº 2.232, de 16 de setembro de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Relator: Mauro Luiz de Britto Ribeiro.
8. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil).** Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Relator: Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti.
9. **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz); SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD).** *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; SENAD, 2017. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 9 fev. 2026.
10. **ZOLDAN, L. G. V.; RIBEIRO, M.** *CRATOD 15 anos: uma proposta de cuidado ao dependente químico*. São Paulo, 2017. 372 p.
11. **SULLIVAN, J. T.; SYKORA, K.; SCHNEIDERMAN, J.; NARANJO, C. A.; SELLERS, E. M.** Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, v. 84, n. 11, p. 1353–1357, 1989.
12. **DALGALARRONDO, P.** *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 10 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

- 13.MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; VELASCO, I. T.** *Medicina de emergência: abordagem prática*. 11. ed. São Paulo: Manole, 2018. 1550 p.
- 14.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1.
- 15.LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES, A. C.** Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool e seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 2, p. 62–71, 2000.
- 16.DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R.** *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 17.BRASIL. Ministério da Saúde.** *HIV: estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 98 p.
- 18.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 11 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1 – Códigos do CID 10

- **Os Códigos para dependência química encontram-se entre F10-F19**

De acordo com o CID-10 o diagnóstico de dependência química é feito com a presença de 3 ou mais dos seguintes critérios, pelo menos por 12 meses:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância.
3. Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para determinada substância ou o uso de uma substância intimamente relacionada, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os mesmos efeitos que se alcançava quando começou a ingerir a substância.
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, mesmo compreendendo que a mesma é nociva, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humores depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga.

Ainda de acordo com o CID-10 uso nocivo é: padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. O uso nocivo corresponde ao abuso de substâncias.

- **Os códigos para abstinência alcoólica encontram-se em F10.3 e F10.4.**

F10.3 – síndrome de abstinência não complicada.

F10.4 – síndrome de abstinência com delirium tremens.

A Síndrome de abstinência alcoólica se caracteriza por um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 12 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode ser complicada com o aparecimento de convulsões. Os sintomas mais frequentes são: hiperatividade autonômica; tremores; insônia; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; agitação psicomotora; ansiedade; e convulsões tipo grande mal.

Síndrome de abstinência alcoólica com delirium tremens inclui a tríade de sintomas inclui obnubilação de consciência, confusão, alucinações e ilusões vívidas, afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes. Delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo do sono e hiperatividade autonômica estão também usualmente presentes.

- **Os códigos para síndrome de abstinência por crack/cocaína são F14.3 e F14.4**

Síndrome de abstinência por crack/cocaína se caracteriza por piora importante do humor, hipersonia, esgotamento físico e sintomas depressivos (crash – 3 a 4 dias) e irritabilidade, alteração do afeto e craving (síndrome disfórica tardia – 2 semanas a 4 meses)

** Cada substância psicoativa possui sua síndrome de abstinência, não descritas aqui pois Álcool e crack/cocaína constituem quase a totalidade da demanda do serviço.

8.2. Anexo 2

O DSMV não inclui o conceito de uso nocivo e define 11 critérios diagnósticos para dependência química, a serem:

1. Uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado;
2. Desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo;
3. Gasto importante de tempo em atividades para obter a substância;
4. Fissura importante;
5. Deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso;
6. Continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais;
7. Restrição do repertório de vida em função do uso;
8. Manutenção do uso apesar de prejuízos físicos;
9. Uso em situações de exposição a risco;
10. Tolerância;
11. Abstinência;

E caracteriza:

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HC FMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 13 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

- Dependência leve: presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano.
- Dependência moderada: presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano.
- Dependência grave: presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano.

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 14 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

8.3. Anexo 3

CIWA-Ar é uma ferramenta para aferição do nível de gravidade da síndrome de abstinência.

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

Nome: _____ Data: _____
Pulso ou FC: _____ PA: _____ 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 têm 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 _____



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA
EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD DO HCFMB**
PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLINICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 – PÁG - 15 / 15 – EMISSÃO: 22/05/2021 – VERSÃO Nº: 1 – 02/02/2026 – PRÓXIMA REVISÃO: 02/02/2028

9. 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.hc.fmb@unesp.br <th></th>				
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO				
1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO				
1.1. Título: PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLINICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD				
1.2. Área Responsável: SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD				
1.3. Data da Elaboração: 22/05/2021 – Total de páginas: 15 – Versão – 01 – Data da Revisão: 02/02/2026 – Próxima Revisão: 02/02/2028				
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	
Gustavo Bigaton Lovadini	Médico Psiquiatra	SARAD		
Guilherme Penaforte da Silva	Médico Psiquiatra	SARAD		
Pedro Murari de Barros	Médico Psiquiatra	SARAD		
Nilza Martins Ravazoli Brito	Diretora Executiva	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 002 – PROTOCOLO CLINICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD.				
Também autorizo a exposição do meu nome completo.				
Data: 03/02/26	Assinatura:  Serviço Médico de Psiquiatria do SARAD: Dr. Gustavo Bigaton Lovadini			
Data: 06/02/26	Assinatura:  Gerente de Enfermagem: Enf. Márcia Regina Antunes			
Data: 02/02/2026	Assinatura:  Diretora Executiva: Nilza Martins Ravazoli Brito			

Aprovação da Diretoria Executiva – Enf. Me Nilza Martins Ravazoli Brito
Aprovação do Serviço Médico de Psiquiatria – Dr. Gustavo Bigaton Lovadini
Aprovação do Gerente de Enfermagem – Enf. Márcia Regina Antunes
Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade – Gestão 2025