Protocolo 02/2026 – Dispensação de Naltrexona 50mg para o tratamento da Dependência do Álcool

Coordenação de trabalho: Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município de Ibiporã/PR.

Público-alvo: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Objetivo Geral: oferecer aos profissionais de saúde orientações sobre a dispensação racional da "naltrexona" para o tratamento da dependência do álcool.

Objetivos Específicos:

-Normatizar o acesso dos portadores de dependência do álcool ao tratamento complementar com as tecnologias disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Ibiporã (REMUME).

-Estabelecer os critérios de inclusão dos pacientes portadores de dependência do álcool em relação ao acesso do medicamento naltrexona.

A naltrexona é um antagonista receptor opióide puro, sendo indicado como parte do tratamento do alcoolismo.

O tratamento não farmacológico é parte essencial da abordagem à dependência de álcool, e deve englobar estratégias motivacionais, de suporte, individuais ou em grupos terapêuticos. Mesmo em contextos não especializados, como na Atenção Primária à Saúde, ou de urgência e emergência, podem-se realizar intervenções breves e buscar a adesão do usuário a um tratamento específico. Pode-se realizar o aconselhamento com foco na mudança de comportamento. Grupos de ajuda mútua também mostram benefícios. O envolvimento da família também deve ser enfatizado. Quando as intervenções psicossociais são associadas ao tratamento farmacológico, os resultados são melhores.[1]

Critério de Inclusão: pacientes atendidos pelo CAPS em tratamento da dependência de álcool.

Posologia: 1 comprimido ao dia de naltrexona 50mg.

Contraindicação: pacientes que estejam recebendo analgésicos opióides ou que sejam atualmente dependentes de opióides ou com síndrome de abstinência aguda de opióides ou nos quais o teste com Naloxona tenha falhado ou com urina positiva para o teste de opióides; pacientes com hepatite aguda ou deficiência hepática; hipersensibilidade ao componente da fórmula; gravidez e lactação.[2]

Para a avaliação, a prescrição deve acompanhar o laudo (Anexo 1) completamente preenchido.

Referências
1 Anton R F, O'Malley S S, Ciraulo D A, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 May 3;295(17):2003-17.
2. Bula. naltrexona ANVISA> Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=104971310. Acesso 24.08.2026

Anexo 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIPORÃ – PARANÁ
Formulário para Avaliação de Solicitação do Medicamento Naltrexona

DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO:
SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO
ENDEREÇO:
RG: CPF: CNS:
TELEFONE:
ALTURA: PESO:

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CID:

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

O paciente já realizou tratamento com medicamentos disponibilizados pelo SUS (REMUME)?

Quais?

Motivos pelos quais os tratamentos disponibilizados pelo SUS não são indicados ou por que não foram satisfatórios?

Descrever atual situação clínica:

DADOS DO MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação Genérica:
Dosagem:
Via de Administração:
Posologia:
Duração do tratamento:

Benefícios do tratamento pretendido:

Riscos de sua não utilização:

Informar como será o acompanhamento da resposta e frequência de avaliação:
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR
Instituição de Saúde Vinculado: CNES: Nome do Médico: CRM: CPF: _____ Assinatura e Carimbo Médico Data:____/____/_____
AVALIAÇÃO DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA

Observação: Não serão avaliados e nem tão pouco aceitos, em hipótese alguma, formulários incompletos, com rasuras ou ilegíveis. Adotar obrigatoriamente a DCB (Denominação Comum Brasileira) ou DCI (Denominação Comum Internacional), sendo vedada a prescrição isolada pelo nome Comercial do medicamento.