

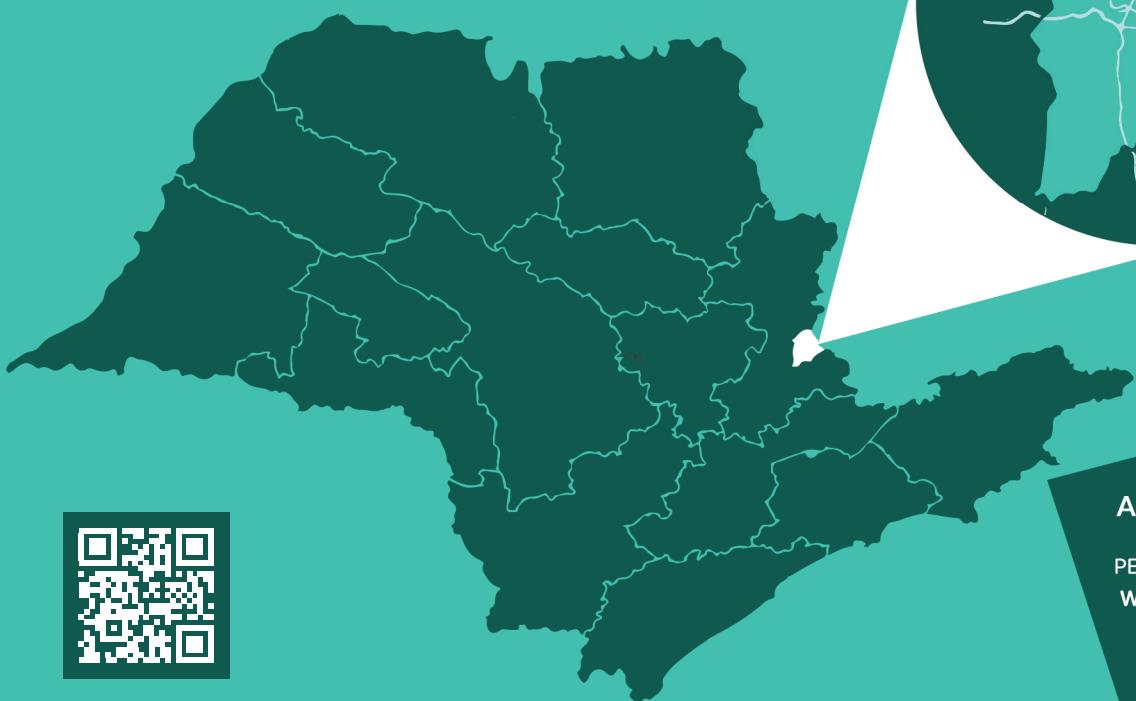


Coletânea de
Guidelines
2023



ONDE FICA *Itapira*

ITAPIRA-SP ESTÁ NA REGIÃO DO CÍRCUITO DAS ÁGUAS PAULISTA, A CERCA DE 150 KM DE SÃO PAULO CAPITAL.



AGENDE UMA *visita*
PELO CHAT OU WHATSAPP NO LINK
WWW.BAIRRAL.COM.BR, OU PELO
NÚMERO (19) 3863-9400.

 **bairral**

ÍNDICE

- 1** Depressão Maior
- 2** Transtorno Bipolar
- 3** Crise Suicida
- 4** Esquizofrenia
- 5** Esquizofrenia Resistente
- 6** Agitação Psicomotora
- 7** Dependência Química
- 8** Transtorno do Uso de Álcool
- 9** Transtorno de Ansiedade Generalizada
- 10** Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- 11** Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- 12** Guia ECT - Eletroconvulsoterapia
- 13** Guia Infusão de Cetamina

A RETAGUARDA DOS ~~CONSULTÓRIOS~~ *psiquiátricos*

Uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, fundada por idealistas, que em 80 anos de história se tornou o maior complexo de saúde mental da América Latina. Quase mil leitos de internação psiquiátrica em uma área com mais de 400 mil metros quadrados. Mais de 80 mil pacientes atendidos em 80 anos de história dedicados à saúde mental. Com uma equipe multiprofissional, disponibilizamos o melhor tratamento em saúde mental, incluindo internação psiquiátrica para aqueles que passam por dificuldades psíquicas ou emocionais, atendendo pessoas de todas as idades.

CENTRAL DE ATENDIMENTO: (19) 3863-9400 - WWW.BAIRRAL.COM.BR



PROGRAMA *Psicoafetivo*

Oferece tratamento a pacientes com Transtornos Psicóticos Agudos e Crônicos em fase de agudização, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Afetivos e de Humor, Transtornos Alimentares, Transtornos de Personalidade e Impulso, e Transtornos Dual (Dependência Química associada a comorbidades).



PROGRAMA *Neurocognitivo*

Oferece tratamento a pacientes com Transtornos Psicóticos, Transtornos do Humor, Transtorno do Uso de Substância Psicoativa e Álcool, e Transtornos Demenciais, com déficit cognitivo e funcional.



PROGRAMA *Neurodesenvolvimento*

Oferece tratamento a pacientes com dificuldades significativas na aquisição e execução de funções intelectuais, motoras ou sociais. Assistimos pacientes com Deficiências Intelectuais e Transtornos do Espectro Autista (TEA), com comorbidades do neurodesenvolvimento, como TDAH.



PROGRAMA *Transtorno POR USO DE substâncias*

Oferece tratamento a pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias (álcool e outras drogas). O programa consiste na desintoxicação, conscientização da doença, dificuldades e evolução, e planejamento para desospitalização com foco na reinserção à sociedade, prevenção de recaída e manutenção do tratamento.

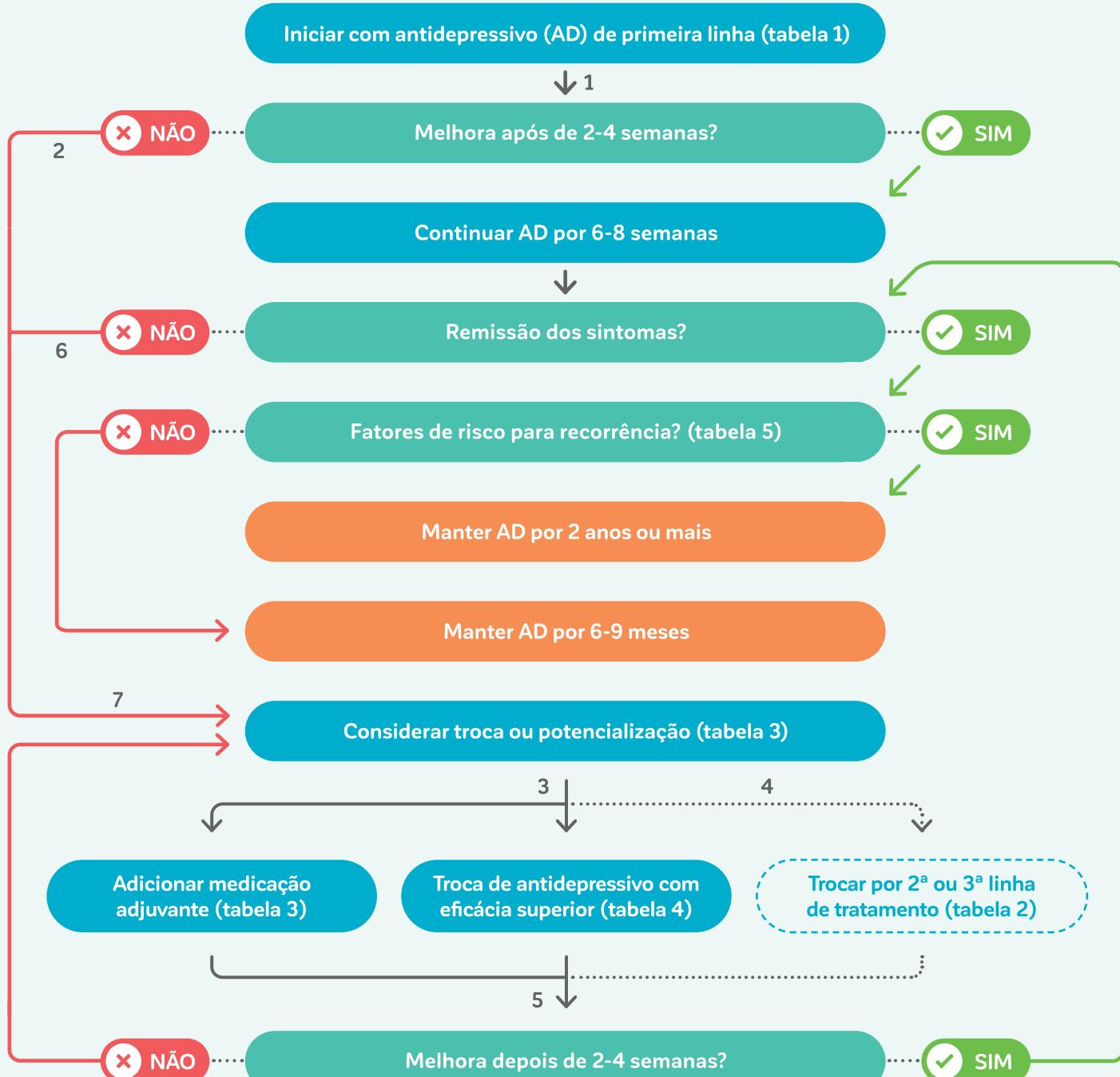


1

Depressão Maior

Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3 Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*:2016;1-21

1. DEPRESSÃO MAIOR



LEGENDA

1. Monitorar a evolução e melhora do quadro;
2. Dependendo da tolerabilidade, primeiro otimizar o antidepressivo com aumento da dose;
3. Para resistência ao tratamento inicial, considerar psicoterapia e neuroestimulação adjuvantes;
4. Após falha do primeiro ou mais antidepressivos, considerar troca para segunda ou terceira linha de tratamento de antidepressivos;
5. Para depressões mais resistentes, considerar períodos mais longos para avaliação de melhora;
6. Dependendo da tolerabilidade, se não houver problemas, aumentar a dose até dose máxima;
7. Para depressões crônicas ou mais resistentes, considerar intervenções para manejo de doenças crônicas, com menor ênfase na remissão de sintomas e maior ênfase na melhora na funcionalidade e qualidade de vida.

1. DEPRESSÃO MAIOR

Tabela 1 - Recomendação de Antidepressivos - 1^a linha

Nível de recomendação	Antidepressivo	Mecanismo de ação	Doses
1 ^a linha	Agomelatina	Agonista MT1 e MT2, antagonista 5HT2	25-30 mg
	Bupropiona	IRND	150-300 mg
	Citalopram	ISRS	20-40 mg
	Desvenlafaxina	IRSN	50-100 mg
	Duloxetina	IRSN	60 mg
	Escitalopram	ISRS	10-20 mg
	Fluoxetina	ISRS	20-60 mg
	Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg
	Mianserina	Agonista α2 adrenérgico, antagonista 5HT2	60-120 mg
	Milnaciprano	ISRS	100 mg
	Mirtazapina	Agonista α2 adrenérgico, antagonista 5HT2	15-45 mg
	Paroxetina	ISRS	20-50 mg
	Sertralina	ISRS	50-200 mg
	Venlafaxina	IRSN	75-225 mg
	Vortioxetina	Inibidor de recaptação de serotonina, agonista 5HT1, agonista parcial 5HT1B, antagonista 5HT3A e 5HT7	10-20 mg

Tabela 2 - Recomendação de Antidepressivos - 2^a e 3^a linha

Nível de recomendação	Antidepressivo	Mecanismo de ação	Dose
2 ^a linha	Amitriptilina, clomipramina e outros	ATC	Várias
	Moclobemida	IMAO-A	300-600 mg
	Quetiapina	APA	150-300 mg
	Trazodona	Antagonista 5HT2, inibidor de recaptação de serotonina	150-300 mg
3 ^a linha	Fenelzina	Irreversível IMAO	45-90 mg
	Tranilcipramina	---	20-60 mg
	Reboxetina	Inibidor de recaptação de noradrenalina	8-10 mg

LEGENDA

5HT: 5 hidroxitriptofano (serotonina); IMAO: Inibidor da monoamina oxidase; MT: melatonina; IRND: inibidor de recaptação de noradrenalina e dopamina; IRSN: inibidor de recaptação de serotonina e noradrenalina; ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina; ATC: antidepressivo tricíclico; APA: antipsicótico atípico.

1. DEPRESSÃO MAIOR

Tabela 3 - Recomendação de medicações adjuvantes se não houver resposta ou resposta parcial

Nível de recomendação	Agente adjuvante	Nível de Evidência	Dose
1 ^a linha	Aripiprazol	1	2-15 mg
	Quetiapina	1	150-300 mg
	Risperidona	1	1-3 mg
2 ^a linha	Brexpiprazol	1	1-3 mg
	Bupropiona	2	150-300 mg
	Lítio	2	600-1200 mg (níveis séricos)
	Mirtazapina/mianserina	2	30-60 mg
	Modafinila	2	100-400 mg
	Olanzapina	1	2,5-10 mg
	Triiodotironina	2	25-50 mg
3 ^a linha	Outros antidepressivos	3	Várias
	Outros estimulantes (metilfenidato, lisdexanfetamina, etc)	3	Várias
	ATCs	2	Várias
	Ziprasidona	3	20-80 mg
Experimental	Cetamina	1	0,5 mg/kg endovenoso
Não recomendado	Pindolol	Falta evidência	Não se aplica

*ATC: antidepressivo tricíclico.

Tabela 4 – Antidepressivos com evidência de eficácia superior

Antidepressivo	Nível de evidência	Medicações comparadas
Escitalopram	1	Citalopram, duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina
Mirtazapina	1	Duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, venlafaxina
Sertralina	1	Duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina
Venlafaxina	1	Duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina
Agomelatina	2	Fluoxetina, sertralina
Citalopram	2	Paroxetina

Tabela 5 – Fatores de risco para considerar 2 ou mais anos de tratamento de manutenção

- Frequência, episódios recorrentes;
- Gravidade dos episódios (psicose, grave prejuízo, potencial para suicídio);
- Episódios crônicos;
- Presença de comorbidades psiquiátricas ou clínicas;
- Presença de sintomas residuais;
- Dificuldade de tratamento dos episódios.



2

Transtorno Bipolar

Adaptado de:

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;1-74.

2. TRANSTORNO BIPOLAR

Tabela 1 - Primeira e segunda linha de tratamento na Depressão Bipolar (CANMAT 2018)

1 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Quetiapina	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●
Lurasidona + Lítio / Divalproato	● ● ● ● ●	● ●	● ●	●	Sem dados
Lítio	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Lamotrigina	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Lurasidona	● ● ● ●	●	●	●	Sem dados
Lamotrigina (Adjuvante)	● ● ● ●	●	●	●	●
2 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Divalproato	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ●	● ● ● ● ●
ISRSs/Bupropiona (Adjuvante)	● ● ● ● ●	Sem dados	●	Sem dados	Sem dados
Eletroconvulsoterapia	●	●	●	●	● ●
Cariprazina	● ● ● ● ●	Sem dados	Sem dados	Sem dados	● ● ● ● ●
Olanzapina + fluoxetina	● ● ● ●	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados

● ● ● ● ● : nível 1 de evidência; ● ● : nível 3 de evidência; ● ● ● ● : nível 1 de evidência negativa; ● ● : nível 3 de evidência negativa;
 ● ● ● : nível 2 de evidência; ● : nível 4 de evidência; ● ● ● : nível 2 de evidência negativa; ● : nível 4 de evidência negativa;

* ISRSs: inibidor seletivo de recaptação de serotonina.

Tabela 2 - Primeira e segunda linha do tratamento de manutenção no Transtorno Bipolar (CANMAT 2018)

1 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Lítio	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Quetiapina	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●
Divalproato	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●
Lamotrigina	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Asenapina	Sem dados	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Quetiapina + Lítio / Divalproato	●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Aripiprazol + Lítio / Divalproato	●	● ● ● ●	Sem dados	● ● ● ●	● ● ● ●
Aripiprazol	● ● ● ● ●	● ● ● ●	Sem dados	● ● ● ●	● ● ● ● ●
2 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Olanzapina	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Risperidona de longa ação injetável	Sem dados	● ● ● ● ●	Sem dados	● ● ● ● ●	Sem dados
Risperidona de longa ação injetável	Sem dados	● ● ● ●	●	● ● ● ●	Sem dados
Carbamazepina	● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Paliperidona (> 6 mg)	Sem dados	● ● ● ●	Sem dados	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Lurasidona + Lítio / Divalproato	● ● ● ●	● ● ●	● ● ●	●	Sem dados
Ziprasidona + Lítio / Divalproato	● ●	● ● ● ●	Sem dados	● ● ● ●	● ● ● ●

● ● ● ● ● : nível 1 de evidência; ● ● : nível 3 de evidência; ● ● ● ● : nível 1 de evidência negativa; ● ● : nível 3 de evidência negativa;
 ● ● ● : nível 2 de evidência; ● : nível 4 de evidência; ● ● ● : nível 2 de evidência negativa; ● : nível 4 de evidência negativa;

2. TRANSTORNO BIPOLAR

Tabela 3 - Primeira linha do tratamento na Mania Aguda - Monoterapia (CANMAT 2018)

1 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Litio	● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Quetiapina	● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Divalproato	● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ●	● ●	● ● ● ● ●
Asenapina	● ● ●	● ● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●
Aripiprazol	● ● ● ●	● ● ● ●	Sem dados	● ● ●	● ● ● ● ●
Paliperidona (> 6 mg)	Sem dados	● ● ●	Sem dados	● ● ●	● ● ● ● ●
Risperidona	Sem dados	●	Sem dados	●	● ● ● ● ●
Cariprazina	● ● ● ●	Sem dados	Sem dados	Sem dados	● ● ● ● ●

● ● ● ● : nível 1 de evidência; ● ● : nível 3 de evidência; ● ● : nível 2 de evidência; ● : nível 4 de evidência; ● ● ● : nível 1 de evidência negativa; ● ● : nível 3 de evidência negativa; ● ● : nível 2 de evidência negativa; ● : nível 4 de evidência negativa;

Tabela 4 - Primeira e segunda linha do tratamento na Mania Aguda - Combinações (CANMAT 2018)

1 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Quetiapina + Lítio / Divalproato	●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Aripiprazol + Lítio / Divalproato	●	● ● ●	Sem dados	● ● ●	● ● ● ●
Risperidona + Lítio / Divalproato	●	●	Sem dados	●	● ● ● ● ●
Asenapina + Lítio / Divalproato	●	●	Sem dados	●	● ● ● ●

2 ^a linha de tratamento	Depressão aguda	Prevenção de episódio de humor	Prevenção de depressão	Prevenção de mania	Mania aguda
Olanzapina	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●
Carbamazepina	● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●
Olanzapina + Lítio / Divalproato	Sem dados	●	●	●	● ● ● ● ●
Lítio / Divalproato	Sem dados	● ●	Sem dados	● ●	● ●
Ziprasidona	● ● ● ●	●	Sem dados	●	● ● ● ● ●
Haloperidol	Sem dados	Sem dados	●	●	● ● ● ● ●
Eletroconvulsoterapia	●	●	●	●	● ●

● ● ● ● : nível 1 de evidência; ● ● : nível 3 de evidência; ● ● : nível 2 de evidência; ● : nível 4 de evidência; ● ● ● : nível 1 de evidência negativa; ● ● : nível 3 de evidência negativa; ● ● : nível 2 de evidência negativa; ● : nível 4 de evidência negativa;



3

Crise Suicida

Adaptado de:

Crise suicida: avaliação e manejo / Neury José Botega. – Porto Alegre: Artmed,2015.

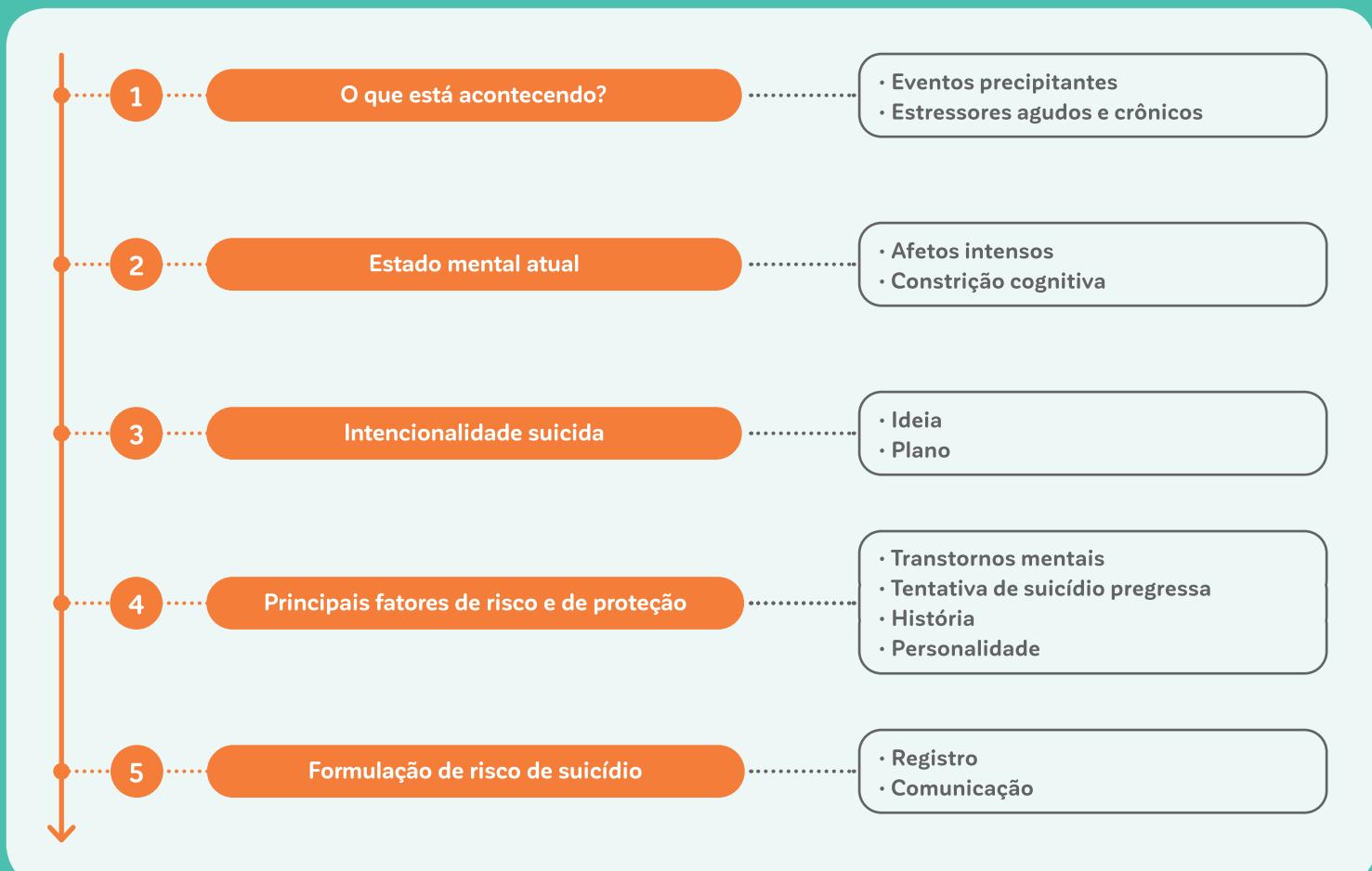
Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet.2012;379(9834):2373-82

3. CRISE SUICIDA

Interações de fatores que levam ao comportamento suicida

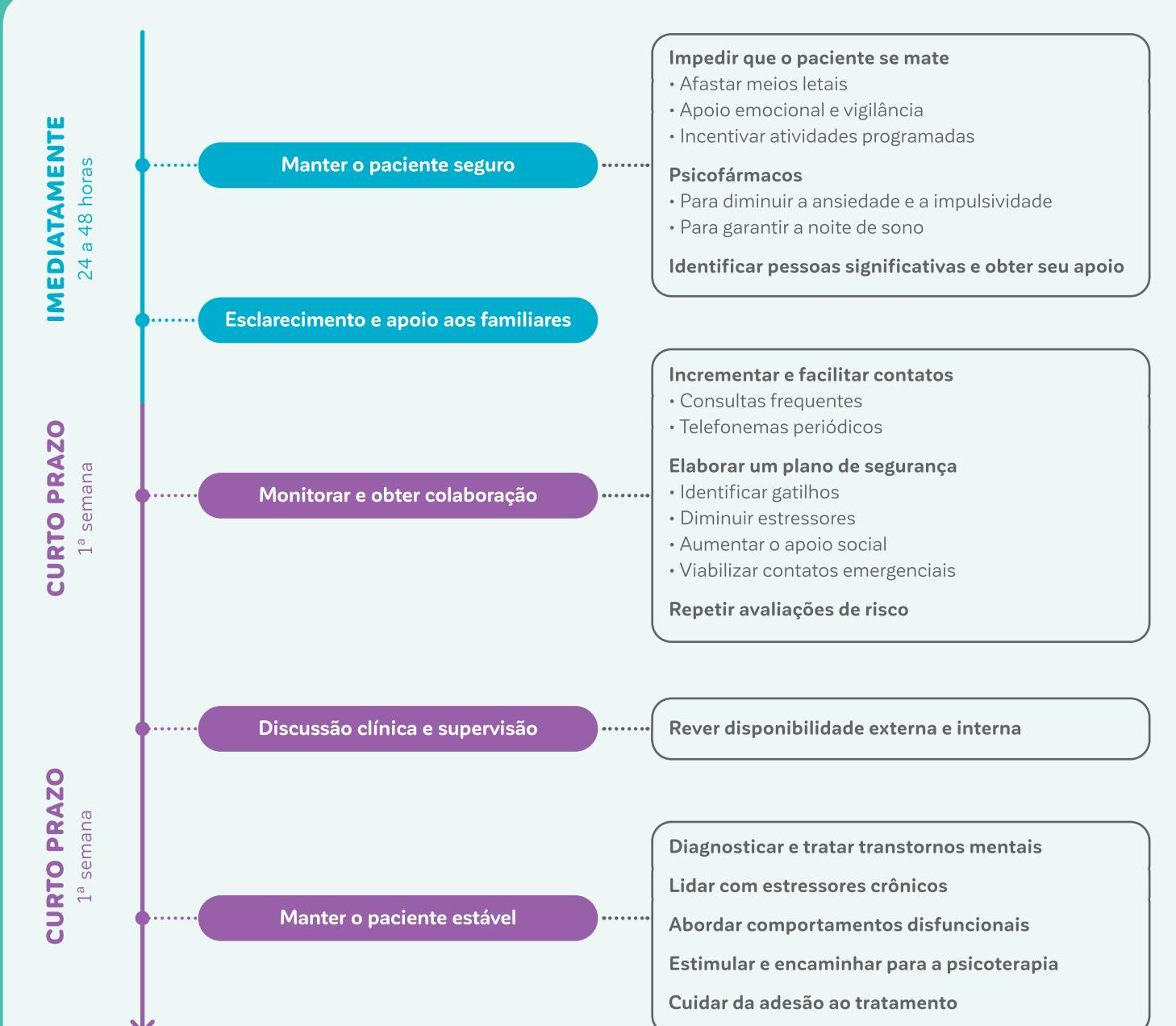


Informações sequenciais constantes de uma avaliação de risco de suicídio



3. CRISE SUICIDA

Sequência de ações que compõem um plano terapêutico geral de amparo na crise suicida



CIRCUNSTÂNCIAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

- Estado mental crítico, cuja gravidade impeça a boa condução ambulatorial
- Exigência de se obter história mais acurada ou completa
- Necessidade de um período mais longo de observação do paciente
- Reavaliação do tratamento psiquiátrico que vinha sendo realizado
- Ausência de uma rede de apoio social
- Família claramente disfuncional ou sem condições de dar continência emocional
- Familiares mostram-se cansados de cuidar do paciente

4

Esquizofrenia

Adaptado de:

International Psychopharmacology Algorithm Project. IPAP

2009c.

Esquizofrenia – Nardi, Quevedo e Silva (orgs). Porto Alegre:
Artmed 2015. Pág 151.

4. ESQUIZOFRENIA



Considerar os problemas críticos iniciais ou emergentes que afetem o manejo e a escolha das medicações (aqui e em cada ponto subsequente do tratamento).



Monoterapia

Tratamento de 4 a 6 semanas com um antipsicótico atípico (AMI, ARIP, OLANZ, QUET, RISP ou ZIP) ou, se não estiver disponível, tratamento com HAL, CLOR ou outro antipsicótico típico.



NÃO

Dose e duração adequadas, sem intolerabilidade?

SIM



NÃO

A psicose persiste após o ajuste da dose?

SIM



Monoterapia

Segunda tentativa por 4-6 semanas com um segundo antipsicótico atípico, quando disponível, ou segunda tentativa com antipsicótico típico.



NÃO

Dose e duração adequadas, sem intolerabilidade?

SIM



NÃO

Psicose ou discinesia tardia ou distonia tardia moderada ou grave após ajuste da dose?

SIM



Tratamento por seis meses até 900 mg/dia de CLOZ.



NÃO

Sintomas persistentes?

SIM



Otimizar a CLOZ e/ou potencializar com ECT ou medicação adjuvante, alternar estratégias.



Entrar na fase de manutenção



LEGENDA

Atípicos:

AMI = amisulprida; ARIP = aripiprazol; CLOZ = clozapina; OLANZ = olanzapina; QUET = quetiapina; RISP = risperidona; ZIP = ziprasidona.

Típicos:

CLOR = clorpromazina; FLU = flufenazina; HAL = haloperidol; THIO = tiotixena.

Outros:

AD = antidepressivo; BZD = benzodiazepínicos; ECT = eletroconvulsoterapia; IM = intramuscular; MS = estabilizador de humor.

DICAS

Considerar em cada etapa:

- A · Grande risco de suicídio;
- B · Catatonía ou síndrome neuroléptica maligna;
- C · Agitação grave ou violência;
- D · Falta de adesão ao tratamento;
- E · Sintomas de depressão ou de humor;
- F · Abuso de substâncias;
- G · Primeiro episódio ou fase prodromica;
- H · Efeitos colaterais induzidos pelo tratamento.

5

Esquizofrenia Resistente

Adaptado de:

Howes OD, McCutcheon R, Agid O, et al. Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group consensus guideline on diagnosis and terminology. *AM J Psychiatry*. 2017;174(3):216-229.

Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al: A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2009; 166:152-163

5. ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

Domínio e Subdomínio	Exigência Mínima	Exigência Otimizada
Sintomas atuais		
Avaliação	Entrevista usando escala de avaliação padronizada (por exemplo: PANSS, BPRS, SANS, SAPS) ¹	Avaliação prospectiva do tratamento usando uma escala de avaliação padronizada
Gravidade	Ao menos gravidade moderada	Ao menos gravidade moderada e < 20% de redução nos sintomas durante um tratamento prospectivo ou observação por 6 semanas
Duração	≥12 semanas	≥ 12 semanas; especificar a duração do tempo de resistência ao tratamento
Sofrimento Subjetivo	Não necessário	Não necessário
Funcionamento	Ao menos moderada perda de desempenho em uma escala validada (por exemplo: SOFAS)	Ao menos moderada perda de desempenho em uma escala validada (por exemplo: SOFAS)
Adequação ao Tratamento		
Avaliação de resposta prévia	Informações a serem coletadas de prontuário de pacientes/cuidadores, notas de equipe, contagem de comprimidos e gráficos de dispensação das medicações	Informações a serem coletadas de prontuário de pacientes/cuidadores, notas de equipe, contagem de comprimidos e gráficos de dispensação das medicações
Duração	≥ 6 semanas em uma dose terapêutica; registrar duração mínima e média para cada ensaio de tratamento	≥ 6 semanas em uma dose terapêutica; registrar duração mínima e média para cada ensaio de tratamento
Dosagem	Equivalente a ≥ 600 mg de clorpromazina por dia. Registrar duração mínima e média para cada droga	Equivalente a ≥ 600 mg de clorpromazina por dia. Registrar duração mínima e média para cada droga
Número de Antipsicóticos	≥ 2 ensaios anteriores de tratamentos adequados com diferentes antipsicóticos. Especificar o número médio de falha de ensaios com antipsicóticos.	≥ 2 ensaios anteriores de tratamento com diferentes antipsicóticos e pelo menos um utilizando um antipsicótico injetável de ação prolongada (pelo menos 4 meses). Especifique o número médio de falha de ensaios com antipsicóticos.
Adesão a Medicação	≥ 80% das doses prescritas tomadas. A adesão deve ser avaliada usando pelo menos duas fontes (contagem de comprimidos, distribuição de prontuários e relatório do paciente/cuidador). Níveis plasmáticos antipsicóticos monitorados em pelo menos uma ocasião. Especificar os métodos usados para estabelecer a aderência.	O mesmo que os critérios mínimos, com a adição de através de níveis séricos antipsicóticos medidos em pelo menos duas ocasiões separadas por pelo menos 2 semanas (sem notificação prévia do paciente)
Domínio Sintomatológico	Positivo, negativo, cognitivo	O mesmo que para critérios mínimos
Tempo de curso	Início precoce (dentro de 1 ano do início do tratamento), médio prazo (1–5 anos após o início do tratamento), início tardio (> 5 anos após o início do tratamento)	O mesmo que para critérios mínimos
Ultradurabilidade: clozapina	Atende aos critérios acima para resistência ao tratamento mas falha em responder ao tratamento adequado com clozapina ²	O mesmo que para critérios mínimos

¹BPRS = Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica; PANSS = Escala de Síndrome Positiva e Negativa; SANS = Escala para a Avaliação de Sintomas Negativos; SAPS = Escala para Avaliação de Sintomas Positivos; SOFAS = Escala de funcionamento social e ocupacional. Todos os pacientes devem ter um diagnóstico de esquizofrenia usando critérios estabelecidos e uma revisão clínica para estabelecer que seus sintomas não são primariamente devidos a comorbidade ou abuso de substâncias.

²Uma dose mínima de 500 mg/dia é recomendado, a menos que os problemas de tolerabilidade restrinjam o alcance. Esta dosagem está no intervalo aprovado para clozapina e que em doses acima de 400mg/dia que a clozapina mostrou-se superior aos outros antipsicóticos em uma meta análise. Recomendamos que a terapia com clozapina seja utilizada por um período de pelo menos 3 meses após alcançar níveis plasmáticos terapêuticos.

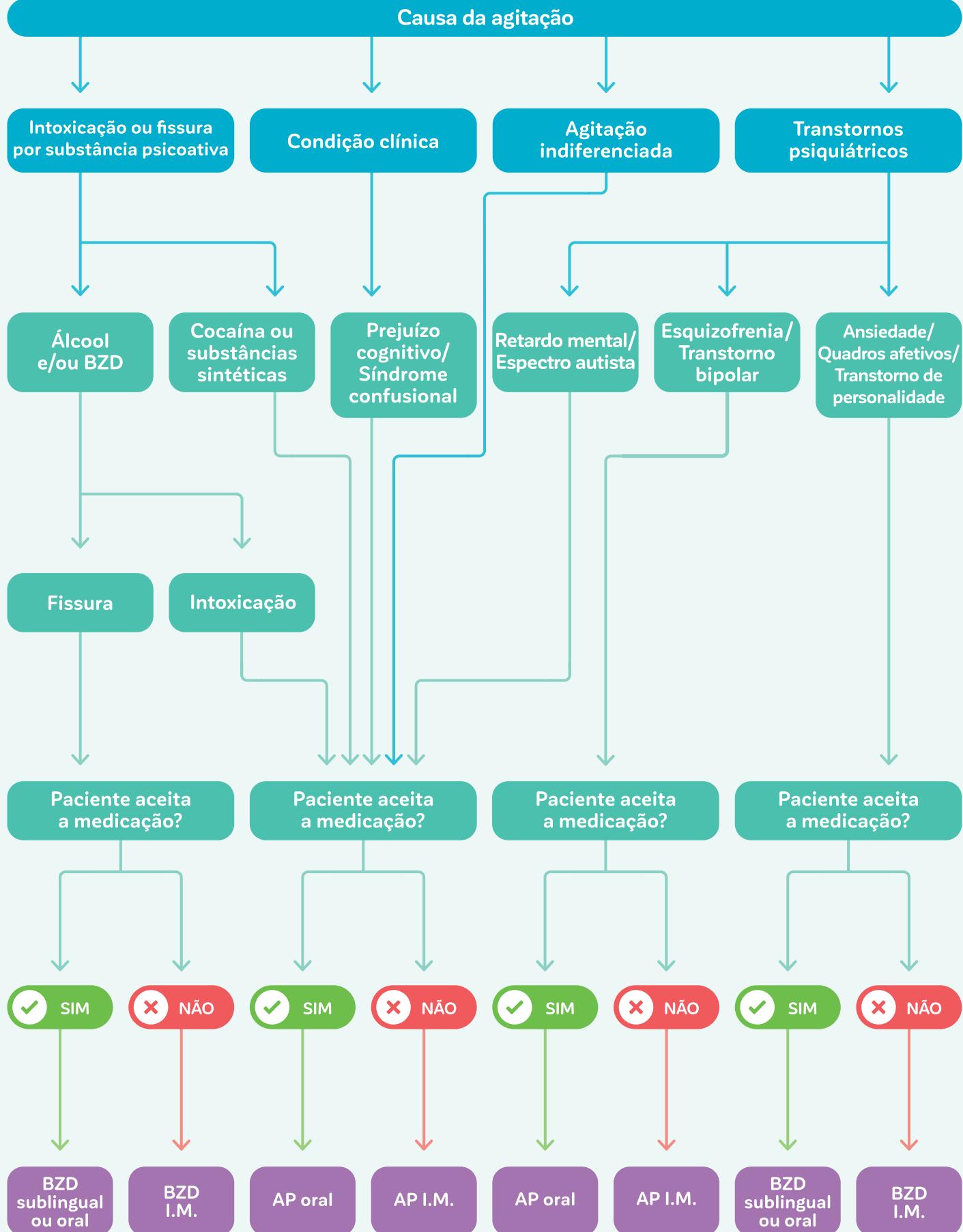
6

Agitação Psicomotora

Adaptado de:

Vieta et AL. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry (2017) 17:328.

6. AGITAÇÃO PSICOMOTORA



*BZD: benzodiazepínico; AP: antipsicótico; I.M: intramuscular

6. AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Tabela 1 - Recomendação do tratamento farmacológico na agitação psicomotora (CANMAT 2018)

Nível de recomendação	Medicação	Formulação	Nível de evidência	Dose única	Máximo / 24 hrs
1 ^a linha	Aripiprazol	Intramuscular	2	9,75 mg	15 mg
	Lorazepam	Intramuscular	2	2 mg IM	
	Loxapine	Enalado	1	5 mg	10 mg
	Olanzapina	Intramuscular	2	2,5 mg	10 mg
2 ^a linha	Asenapina	Sublingual	3	10 mg	
	Haloperidol	Intramuscular	3	5 mg	15 mg
	Haloperidol + Midazolam	Intramuscular	3	2,5 mg (haloperidol) + 7,5 mg (midazolam)	5 mg (haloperidol) + 15 mg (midazolam)
	Haloperidol + Prometazina	Intramuscular	3	2,5 mg (haloperidol) + 25 mg (prometazina)	5 mg (haloperidol) + 50 mg (prometazina)
	Risperidona	Oral*	3	2 mg	4 mg
	Ziprasidona	Intramuscular	3	2 mg	20 mg
3 ^a linha	Haloperidol	Oral	4	5 mg	15 mg
	Loxepina	Intramuscular	4	Sem dados	
	Quetiapina	Oral	4	317,2 mg/dia	
	Risperidona	Oral	4	2 mg	

*Risperidona oral de desintegração rápida; S.D: sem dados

Tabela 2 - Recomendação do tratamento farmacológico na agitação psicomotora (Vieta et al. 2017)

Causa da agitação	Via de administração	Medicação	Dose
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome psicótica • Agitação indiferenciada • Causa médica • Intoxicação/fissura de substâncias • Síndrome psicótica (transtornos psiquiátricos) 	Inalado	Loxapine	9,1 mg
		Olanzapina	5-10 mg
		Risperidona	1-3 mg
		Aripiprazol	15-30 mg
		Quetiapina	50-100 mg
		Ziprasidona	20-40 mg
		Haloperidol	5 mg
	Intramuscular	Haloperidol	5-15 mg
Causa da agitação	Via de administração	Medicação	Dose
<ul style="list-style-type: none"> • Abstinência de álcool e/ou benzodiazepínicos • Transtornos psiquiátricos (transtornos ansiosos, transtornos afetivos, transtorno de personalidade e de ajustamento) 	Oral	Diazepam	5-10 mg
		Clonazepam	1-2 mg
		Lorazepam	1 mg
	Intramuscular	Midazolam	5 mg

7

Dependência Química

Adaptado de:

National treatment agency for substance misuse;Care planning practice guide (internet);London 2006. National treatment agency for substance misuse; Models of care for treatment of adult misusers: update 2006.

O tratamento do usuário de crack – Ribeiro e Laranjeira (orgs). Porto Alegre: Artmed 2012. Pág 186.

7. DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1 PRÉ-TRATAMENTO

- Marcação da consulta
- Recepção telefônica
- Agendamento e acesso rápido à primeira consulta

! ATENÇÃO

O índice de falta à primeira consulta após 48 horas de espera é maior do que 50%.

2 CHEGADA AO TRATAMENTO

Avaliação inicial

- Entrevista com o paciente, familiares e grupos de convívio

Avaliação de risco (essencial)

- Problemas agudos
- Iminência de crises

Avaliação do consumo de crack (essencial)

- Diagnóstico e gravidade da DQ

Diagnóstico motivacional (essencial)

- Prontidão e expectativa

Avaliação fatores de proteção e risco (essencial)

- Inclui as relações com a família e redes sociais

Avaliação clínica geral

- + DST/Aids
- Doenças clínicas

Diagnóstico psiquiátrico (sempre desejável)

- Comorbidades e medicação

Diagnóstico neuropsicológico (quando indicado)

- Padrão cognitivo

4 INTERVENÇÕES

Detox

- Internação longa
- Grupos de auto ajuda
- Internação curta
- Hospital-dia
- Ambulatório especializado

Profissional de referência

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional e enfermeiro
- Assistente social
- Acompanhante terapêutico
- Conselheiro
- Pedagogo

Atividades

- Farmacoterapia
- Gerenciamento de caso
- Orientação familiar
- Prevenção da recaída
- Teste de drogas
- Manejo de contingência

- Treinamento e habilidades sociais
- TCC
- Organização do cotidiano
- Espiritualidade
- Atividades ocupacionais
- Reabilitação cognitiva
- Metas alcançadas
- Novos projetos
- Plano de cuidados pós-tratamento

Estruturas de apoio psicossocial

- Moradia assistida
- Apoio à família
- Creche
- DST e AIDS
- Clínica médica, ginecologia & saúde mental
- Jurídico
- Vocacional
- Educacional

Manutenção

- Grupos de autoajuda
- Hospital-dia
- Ambulatório especializado

3 ADESÃO E PERMANÊNCIA

- Engajamento
- Aliança terapêutica
- Entrevista motivacional
- Motivação
- Manejo de crise
- Manejo de contingência
- Atenção às necessidades

! ATENÇÃO

- Faltas
- Crises
- Ambivalência
- Irritabilidade
- Lapsos
- Recaídas

5 CONCLUSÃO

- Alta
- Encaminhamentos



Reabilitação psicossocial

8

Transtorno do Uso de Álcool

Adaptado de:

Reus, V. I., Fochtman, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., ... & McIntyre, J. (2017). The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 86-90.

Novas diretrizes sobre transtorno do uso de álcool reforçam papel dos medicamentos - Medscape - 24 de janeiro de 2018.

8. TRANSTORNO DO USO DE ALCÓOL

Objetivos do tratamento

- Durante a avaliação psiquiátrica inicial de um paciente com suspeita de transtorno do uso de álcool, estimar o uso atual e pregresso de tabaco, álcool e outras substâncias, inclusive as substâncias adquiridas com e sem prescrição médica.
- Durante a avaliação psiquiátrica inicial, incluir alguma medida comportamental quantitativa (por exemplo: CAGE ou AUDIT-C) a fim de detectar a presença e a gravidade do uso abusivo de álcool.
- Durante a avaliação inicial e durante o tratamento, utilizar biomarcadores fisiológicos para identificar a persistência do consumo de altos níveis de álcool.
- Avaliar os pacientes para doenças concomitantes (por exemplo: dependência química, doenças clínicas e/ou psiquiátricas).
- Estabelecer as metas iniciais de tratamento do transtorno do uso de álcool (por exemplo: abstinência, redução ou moderação do uso de álcool) junto com o paciente, e registrar os objetivos no prontuário do paciente.
- Incluir e documentar a conversa sobre as obrigações legais do paciente no contexto inicial do estabelecimento das metas do tratamento.
- Incluir na discussão inicial o impacto do uso continuado do álcool nos riscos para si e para os outros e documentar a conversa.
- Os pacientes com transtorno do uso de álcool devem ter um plano terapêutico abrangente e individualizado, devidamente documentado, incluindo as intervenções não farmacológicas e as farmacológicas baseadas em evidências.

Escolha da terapia farmacológica

Oferecer naltrexona para os pacientes com transtorno do uso de álcool de moderado a grave que:

- Têm como objetivo reduzir o consumo de álcool ou alcançar a abstinência;
- Preferem a terapia farmacológica ou não responderam a tratamentos exclusivamente não farmacológicos;
- Não têm contraindicações ao uso desses medicamentos.

Oferecer dissulfiram para os pacientes com transtorno do uso de álcool moderado a grave que:

- Têm a abstinência como meta;
- Preferem dissulfiram ou são intolerantes ou não responderam a naltrexona;
- Compreendem plenamente os riscos do consumo de álcool enquanto tomarem dissulfiram;
- Não têm contraindicações ao uso deste medicamento.

Oferecer topiramato ou gabapentina para os pacientes com transtorno do uso de álcool moderado a grave que:

- Têm como objetivo reduzir o consumo de álcool ou alcançar a abstinência;
- Preferem estes medicamentos, são intolerantes ou não responderam a naltrexona;
- Não têm contraindicações ao uso destes medicamentos.

Recomendações contra o uso de medicamentos específicos

- Não usar antidepressivos para o transtorno do uso de álcool, a menos que haja alguma doença concomitante para a qual os antidepressivos sejam indicados.
- Não utilizar benzodiazepínicos, exceto para o tratamento da síndrome de abstinência aguda de álcool ou se houver alguma doença concomitante para a qual os benzodiazepínicos sejam indicados.
- Não utilizar terapia farmacológica para gestantes ou nutrizes com transtorno do uso de álcool, a menos que estejam tratando a síndrome de abstinência aguda do álcool com benzodiazepínicos ou caso tenham alguma doença concomitante que justifique essa terapia farmacológica.
- Não usar naltrexona para pacientes com hepatite aguda ou insuficiência hepática.
- Não usar naltrexona para pacientes que usam opioides ou nos casos em que se prevê a necessidade de usar opioides.



LEGENDA

- 1: “recomendação”: utilizado quando os benefícios da intervenção superam claramente os prejuízos;
2: “sugestão” – indica incerteza quanto ao equilíbrio entre os benefícios e os prejuízos;
A: indicação com alta força de evidência;
B: indicação com média força de evidência;
C: indicação com baixa força de evidência.

9

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Adaptado de:

Versão em português Psicofármacos: consulta rápida – Cordioli, Gallois e Isolan (orgs). Porto Alegre: Artmed 2015. Pág 1188.

Bandelow B, Boerner JR, Kasper R, Linden M, Wittchen HU, Moller HJ. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. Dtsch Arztebl Int. 2013; 110 (17) 300-9.

9. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA



1 FÁRMACOS



2 PSICOTERAPIAS



3 FÁRMACO + TERAPIA

1 FÁRMACOS

Primeira linha

- ISRSs: principalmente sertralina (50-200 mg/dia), escitalopram (10-20 mg/dia) e paroxetina (20-60 mg/dia).
- IRSNs: principalmente venlafaxina (37,5-225 mg/dia) e duloxetina (60-120 mg/dia).
- Pregabalina (150-600 mg/dia).

Avaliar em 4-6 semanas

Responde

Manutenção por, no mínimo, 12 meses

Não responde / Resposta parcial

Aumento da dose

Reavaliar em 4-6 semanas

Não responde / Resposta parcial

Legenda

- Etapa / Ação
- Resposta positiva
- Resposta negativa / Parcial

Outras estratégias

- Trocar por outro fármaco de primeira linha;
- Trocar por um fármaco de segunda linha: imipramina, opipramol, agomelatina, bupropiona, IMAOs, mirtazapina, buspirona, hidroxizina, quetiapina, olanzapina, risperidona;
- Associar fármacos (por exemplo: pregabalina ou olanzapina + ISRS).

* IMAO: Inibidor da monoamina oxidase; IRSN: inibidor de recaptura de serotonina e noradrenalina; ISRS: inibidor seletivo de recaptura de serotonina.

! DICAS

Na escolha do medicamento, considerar:

- | | |
|-------------------------------|--|
| • Características do paciente | • Acessibilidade |
| • Preferência | • Efeitos colaterais |
| • Comorbidades | • Uso prévio com boa resposta e tolerância (pelo paciente ou familiares) |
| • Custo | |

Sintomas ansiosos intensos e baixo risco de adição:

Associar benzodiazepíncio nas primeiras semanas de tratamento.

2 PSICOTERAPIAS

Primeira linha

- TCC.

Outras terapias

- Relaxamento;
- Mindfulness;
- Psicoterapia de orientação analítica.

3 FÁRMACO + TERAPIA

A associação pode ser utilizada em alguns casos, principalmente em pacientes pouco responsivos aos tratamentos isolados ou com grau de comprometimento psicossocial/familiar importante. Evidências mais robustas com fármaco + TCC.

! DICAS

Comorbidade com:

- Depressão, pânico e fobia social: dar preferência ao uso de antidepressivos;
- Transtorno bipolar: avaliar o uso de antipsicóticos;
- Sintomas dolorosos: evidências a favor do uso de duloxetina;
- Transtorno aditivo ou relacionado ao uso de substâncias: evitar uso de benzodiazepínicos, avaliar uso de antipsicóticos;
- Depressão pós-AVC: evidências a favor do uso de nortriptilina.



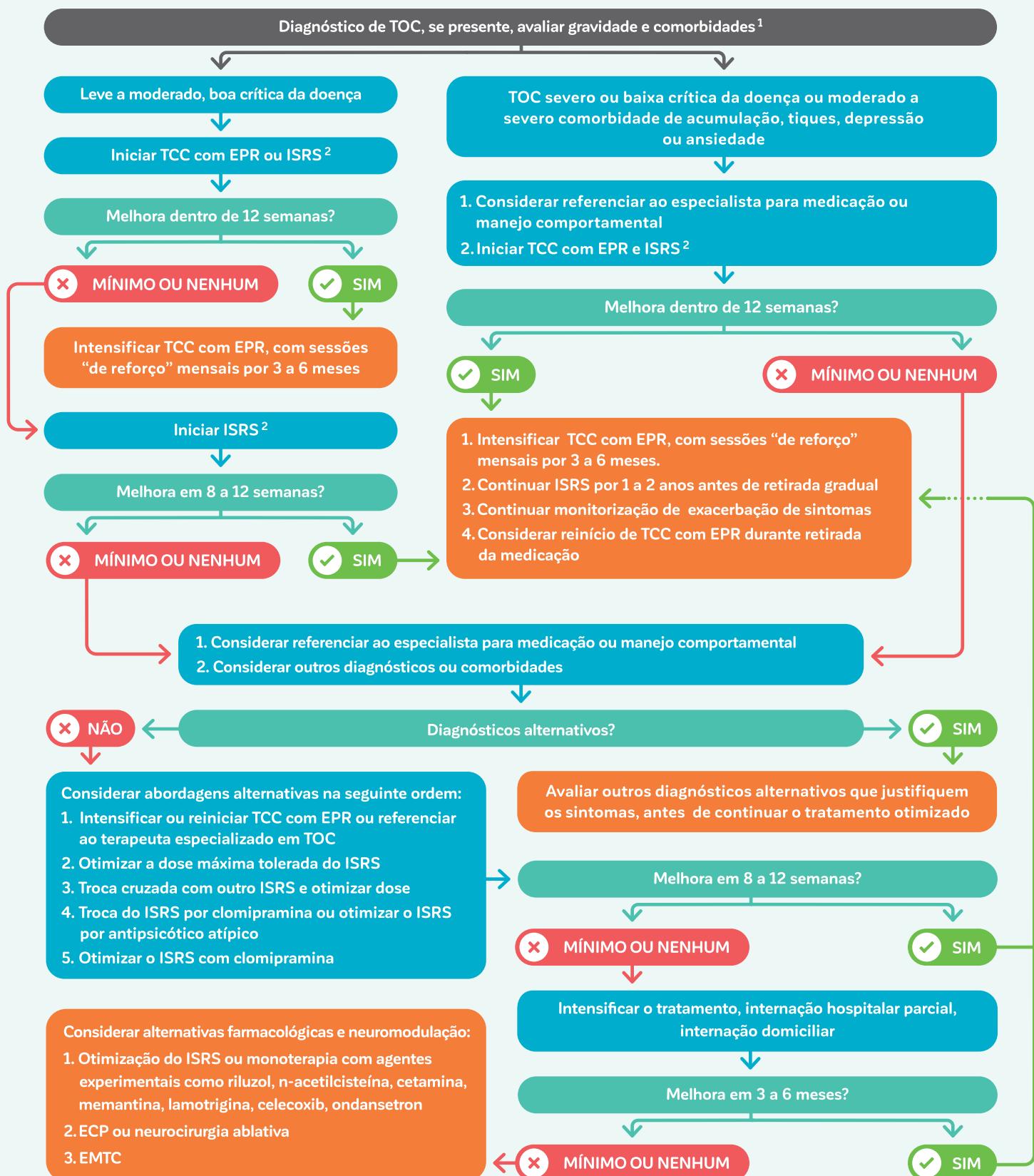
10

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Adaptado de:

Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. Matthew E Hirschtrit et al. 2017, JAMANETWORK.

10. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO



TCC: terapia Cognitiva Comportamental, ECP: estimulação cerebral profunda, EPR: exposição prevenção resposta, TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo, ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina, EMTC: estimulação magnética transcraniana repetitiva.

¹ A gravidade do TOC pode ser determinada e avaliada pelas escalas Obsessive-Compulsive Inventory, short version (OCI-R), e Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. ² Não há evidencia suficiente sobre a superioridade entre os ISRS, todos aparentam ter a mesma eficácia.

LEGENDA

11

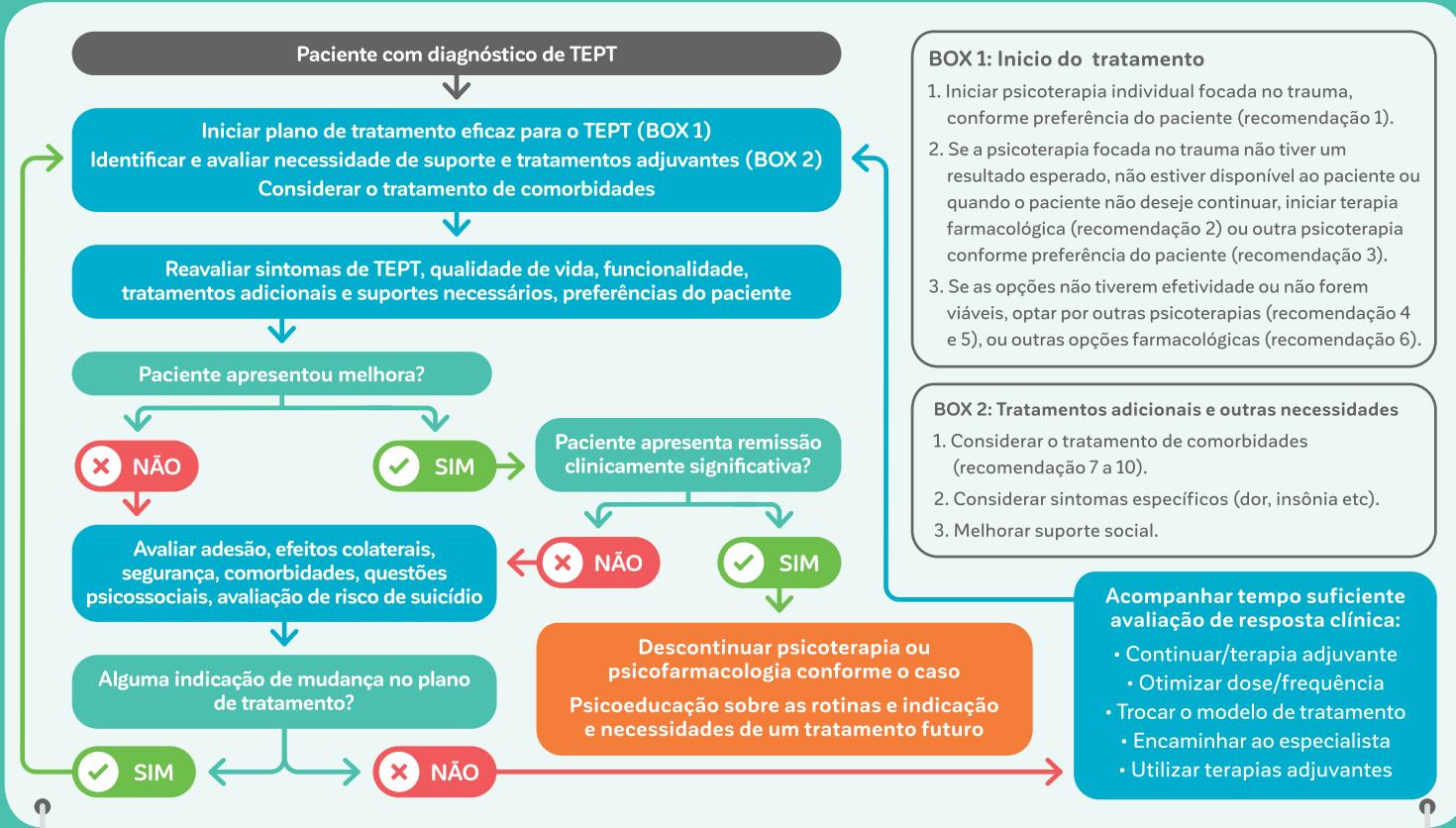
Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Adaptado de:

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder.

11. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Manejo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático



! RECOMENDAÇÕES

1. Para pacientes com TEPT, recomendamos psicoterapias individualizadas e focalizadas no trauma que têm um componente primário de exposição e/ou reestruturação cognitiva para incluir Exposição Prolongada (EP), Terapia de Processamento Cognitivo (TPC), Dessaensibilização e Reprocessamento de Movimentos Oculares (DRMO), Terapias cognitivo-comportamentais específicas para TEPT, Psicoterapia Eclética Breve (PEB), Terapia de Exposição Narrativa (TEN) e exposição narrativa escrita.
2. Recomenda-se sertralina, paroxetina, fluoxetina, ou venlafaxina em monoterapia para o TEPT para pacientes com diagnóstico de TEPT nos quais não aceitam ou não têm acesso à psicoterapia focada no trauma.
3. Sugere-se as seguintes terapias individualizadas e focadas em não-trauma para pacientes diagnosticados com TEPT: Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE), Terapia Centrada no Presente (TCP) e Psicoterapia Interpessoal (PTI)
4. Não há evidências suficientes para recomendar a favor ou contra psicoterapias que não são especificadas em outras recomendações, como Terapia Comportamental Dialética (TCD), Treinamento de Habilidades em Afeto e Regulação Interpessoal (THARI), Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC), Busca de segurança e aconselhamento de apoio.
5. Não há evidências suficientes para recomendar o uso de um tipo de terapia de grupo sobre qualquer outra.
6. Sugere-se nefazodona, imipramina ou fenelzina como monoterapia para o tratamento de TEPT, se a farmacoterapia recomendada (ver Recomendação 2), psicoterapia focalizada no trauma (ver Recomendação 1, ou psicoterapia não focada no trauma (ver Recomendação 2) for ineficaz, indisponível ou não de acordo com a preferência e tolerância do paciente. (NOTA: Nefazodona e fenelzina têm toxicidades potencialmente graves e devem ser administradas com cuidado).
7. Recomenda-se que a presença de distúrbio(s) concomitante(s) não impeça os pacientes de receber outros tratamentos recomendados pela diretriz VA/DoD para o PTSD.
8. Recomenda-se tratamentos recomendados pela diretriz VA/DoD para o TEPT na presença de transtorno de uso de substâncias concomitantes.
9. Recomenda-se uma avaliação independente dos distúrbios do sono concomitantes em pacientes com TEPT, particularmente quando os problemas do sono antecedem o início do TEPT ou permanecem após o término com sucesso do tratamento.
10. Recomendamos Terapia Comportamental Cognitiva para Insônia (CBT-I) para insônia em pacientes com TEPT, a menos que uma etiologia médica ou ambiental subjacente seja identificada ou a privação severa do sono justifique o uso imediato de medicação para prevenir danos.

ambulatório
especializado

[ae]bairral

O Ambulatório Especializado [ae] é um espaço totalmente dedicado para proporcionar atendimento em saúde mental, através de uma equipe multidisciplinar capacitada a oferecer atendimento humanizado e acolhedor, em busca de bem estar, desde a infância a idade senil.

ENTRE EM CONTATO CONOSCO PELO CHAT OU WHATSAPP NO LINK WWW.BAIRRAL.COM.BR, OU PELO NÚMERO (19) 3863-9436.



intervenções

ECT

Contamos com uma equipe multidisciplinar e especializada, disponível para oferecer o melhor tratamento ao seu paciente antes, durante e depois do procedimento.

CETAMINA

Nosso ambulatório pode oferecer todas as informações sobre a primeira aplicação e manutenção do tratamento.



AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Através de uma equipe multidisciplinar, são mapeadas as diferentes esferas. Essas avaliações proporcionam o benefício de compreender de forma detalhada o funcionamento do paciente e a estrutura de um plano de tratamento, para todas as fases da vida.



PSIQUIATRIA infantil

Nossa equipe multidisciplinar atua no desenvolvimento da saúde mental de crianças e adolescentes com atendimentos ambulatoriais.

12

Guia de ECT - Eletroconvulsoterapia

Adaptado de:

- MARTIN, G.; PEAR, J. Modificação de comportamento: o que é e como fazer. Tradução Noreen Campbell de Aguirre; revisão científica Hélio José Guilhardi. 8.ed. São Paulo: Roca, 2009.
- SPARROW, S. S., CICCHETTI, D. V., SAULNIER, C. A. Víneland-3 Escala de Comportamento Adaptativo. Pearson Clinical Brasil, 2019.
- MARTONE, M. C. C. Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) para a língua portuguesa e efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais. 2017. 265f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.
- DEL PRETTE, Z. A. Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competências Acadêmicas para Crianças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
- DURAND, V. M.; CRIMMINS, D. B. The Motivation Assessment Scale Administration Guide, s.d.
- PARTINGTON, James W. AFLS (The Assessment of Functional Living Skills).

ECT – ELETROCONVULSOTERAPIA

1. O que é Eletroconvulsoterapia (ECT)?

O ECT é uma técnica de neuromodulação mundialmente utilizada para uma série de transtornos mentais (como Depressão, Transtorno Bipolar e Esquizofrenia), quando estes não respondem ao tratamento medicamentoso e psicoterápico. Consiste na utilização de estímulos elétricos para provocar convulsões controladas, as quais tem grande potencial terapêutico no alívio dos sintomas.

2. Como o procedimento de ECT é realizado?

- Eletroconvulsoterapia (ECT) é realizado em um ambiente preparado para oferecer conforto e segurança ao paciente, o qual é assistido e monitorado durante todo o procedimento pelo médico psiquiatra, médico anestesista e enfermagem.

3. Quando indicar?

Indicar ECT se seu paciente possuir:

- Necessidade de resposta rápida;
- Grave risco de suicídio;
- Deterioração física importante;
- Refratariedade ao tratamento medicamentoso;
- Resposta prévia ao ECT;
- Intolerância aos medicamentos.

Diagnósticos mais associados a indicação:

- Transtorno depressivo maior;
- Transtorno afetivo bipolar;
- Esquizofrenia;
- Pacientes geriátricos: quadros de transtornos psicóticos, catatonia e mania, depressão psicótica, desnutrição grave ou ideação suicida, depressão refratária ao tratamento convencional;
- Outras indicações: transtorno esquizofreniforme e esquizoafetivo que não respondem ao tratamento farmacológico; na presença de catatonia; síndrome neuroléptica maligna; depressão associada a doença de Parkinson; pacientes idosos, que são mais sensíveis aos efeitos colaterais das medicações antidepressivas.

4. ECT possui contraindicações?

No geral há poucas contraindicações, e a ECT costuma ser bem tolerada e segura, porém as contraindicações são relativas a condição clínica de saúde.

5. Quais os preparativos para a realização de ECT?

- Conhecer e coletar dados da história clínica do paciente;
- Preencher e assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Procedimento de ECT**;
- Preencher e assinar **Termo de Consentimento Pré Anestésico**;
- Exames laboratoriais: **Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Glicemia de jejum, ECG, BHCG (na suspeita de gestação)**;
- Exames complementares: **Avaliação clínica ou especializada, Avaliação odontológica, Exame de fundo de olho, exames laboratoriais e imagem**;
- **Jejum absoluto de 8 horas.**

6. Como é o tratamento?

APLICAÇÃO

Tratamento agudo: 12 sessões, sob anestesia geral de ação curta e relaxante muscular,

3 vezes na semana, em dias intercalados.

Tratamento de manutenção: à critério médico

13

Guia Infusão de Cetamina

Adaptado de:

Matthias J. Müller; Hubertus Himmerich; Barbara Kienzle, Armin Szegedi. Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article>. Acesso em 21/12/2021, às 11:14.

Maria Sumie Koizumi. Avaliação Neurológica utilizando a Escala de Coma de Glasgow – origem e abrangência. Acta Paul Enferm. 2000; 13(1): 90-94.

Wan LB, Levitch CF, Perez AM, et al. Ketamine safety and tolerability in clinical trials for treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry 2015; 76:247.

Mark Zimmerman, Jennifer H. Martinez, Diane Young, Iwona Chelminski, Kristy Dalrymple, Severity classification on the Hamilton depression rating scale, Journal of Affective Disorders, Volume 150, Issue 2, 2013, Pages 384-388.

MCINTYRE, Roger S. et al. Synthesizing the evidence for ketamine and esketamine in treatment-resistant depression: an international expert opinion on the available evidence and implementation. American Journal of Psychiatry, v. 178, n. 5, p. 383-399, 2021.

INFUSÃO DE CETAMINA

1. O que é Infusão de Cetamina?

A Infusão de Cetamina é uma modalidade de tratamento para **Depressão Resistente e Risco de Suicídio**. A Cetamina age na regulação de glutamato (um aminoácido presente no cérebro), estimulando a formação de novas conexões entre os neurônios, restaurando circuitos cerebrais que estão muito prejudicados em casos de depressão grave. É uma opção de tratamento segura e com resposta mais rápida que os antidepressivos tradicionais.

2. Como a infusão de Cetamina é realizada?

A Infusão de Cetamina é realizada em um ambiente preparado para oferecer conforto e segurança ao paciente, o qual é administrada por via endovenosa em bomba de infusão, e o paciente é monitorado e assistido durante todo o procedimento pelo médico anestesista.

3. Quando indicar?

Nos casos:

- Necessidade de resposta rápida;
- Grave risco de suicídio.

- Ideação suicida aguda na vigência de episódio depressivo;
- Depressão comórbido com dor crônica que não responde ao tratamento antidepressivo convencional.

Diagnósticos mais associados a indicação:

- Depressão Resistente ao Tratamento (história de resposta inadequada ao tratamento com dois ou mais antidepressivos em doses adequadas, por pelo menos seis semanas) e intensidade moderada a grave;

4. O tratamento com Cetamina possui contraindicações?

No geral há poucas contraindicações, e costuma ser bem tolerada e segura, porém as contraindicações são relativas a condição de saúde, bem como intolerância e/ou alergia ao medicamento.

5. Quais os preparativos para infusão de Cetamina?

- Conhecer e coletar dados da história clínica do paciente;
- Preencher e assinar Termo de Consentimento Pré Anestésico;
- Exames laboratoriais: Hemograma Completo, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Glicemia de jejum, ECG, BHCG (na suspeita de gestação);
- Exames complementares: Exame de fundo de olho, exames laboratoriais e de imagem;
- Jejum absoluto de 8 horas.

6. Como é o tratamento?

APLICAÇÃO

FASE 1 – De 1 a 4 semanas, 2 infusões por semana em dias intercalados (8 infusões);

FASE 2 – De 5 a 8 semanas, 1 infusão por semana (4 infusões);

FASE 3 – A critério médico. Em todas as fases, a medicação é administrada e supervisionada pelo anestesista.



Diretora Técnica

Helena B. Buonfiglio

CRM/SP: 161.628 – RQE: 70659

Central de Atendimento

☎ (19) 3863-9400 ☎ (19) 9 9819-0189

atendimento@bairral.com.br

Portaria Central: Rua Dr. Hortêncio Pereira da Silva, 313
Vila Pereira, Itapira (SP) – CEP 13970-905

Ambulatório Especializado

☎ (19) 3863-9436 ☎ (19) 9 9948-2692

aeabairral@bairral.com.br

Rua Ezequiel Pereira, 112,
Vila Pereira, Itapira (SP) – CEP 13970-455

✉ @instituto_bairral [f@instituto.bairral](https://www.facebook.com/institutobairral) [in](https://www.linkedin.com/company/instituto-bairral/) Instituto Bairral

www.bairral.com.br