

“Perigo Iminente”

QUESTÕES:

Questão 01 _____ **A esquizofrenia é um dos mais comuns transtornos mentais graves, mas sua natureza essencial ainda não foi esclarecida; portanto, às vezes, ela é referida como uma síndrome, como o grupo de esquizofrenias ou, como na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o espectro da esquizofrenia. Em relação aos critérios diagnósticos da esquizofrenia, assinale a afirmativa incorreta.**

- a) Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estiverem também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).
- b) Os sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, e não deve haver um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo ou transtorno do humor
- c) Deve haver dois dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso): delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

d) A presença de alucinações ou delírios é necessária para um diagnóstico de esquizofrenia.

ESQUIZOFRENIA

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

- 1. Delírios.
- 2. Alucinações.
- 3. Discurso desorganizado.
- 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
- 5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).



Sinais contínuos de perturbação existem por, pelo menos, 6 meses. Nesses 6 meses, deve haver pelo menos um mês de sintomas que satisfaçam o critério A (sintomas da fase ativa), podendo incluir ainda períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. No período de sintomas prodrômicos ou residuais, pode haver apenas sintomas negativos ou 2 ou mais sintomas do critério A de forma atenuada.

Questão 02 _____ **Leia o caso clínico a seguir. Marcos é um jovem de 22 anos que foi levado ao pronto socorro por ter parado de se movimentar. Há duas semanas, começou a ficar mais de 20 horas deitado e imóvel na cama, algumas vezes se levanta e vai ao banheiro, e outras vezes urina na cama. Quando alguém faz uma pergunta ou comentário, ele repetia a última palavra ou sílaba inúmeras vezes. Nos últimos dois dias, vem se recusando a se alimentar, não fala nenhuma palavra por dias seguidos e mantém posturas estranhas por horas, além de rigidez muscular. Faz uso de lítio e lamotrigina há dois anos, após ocorrência de um quadro maníaco e diagnóstico de transtorno bipolar. Qual é a síndrome apresentada no momento e a conduta adequada?**

- a) Síndrome depressiva – suspender lítio e iniciar fluoxetina.
- b) Síndrome dissociativa – indicar ansiolítico e psicoterapia
- c) Síndrome psicótica – introduzir olanzapina.

d) Síndrome catatônica – aplicar benzodiazepínico lorazepam.

CATATONIA

Catatonia pode ocorrer no contexto de vários transtornos, incluindo transtorno do neurodesenvolvimento, bipolar, depressivo e outras condições médicas (p. ex., deficiência de folato no cérebro, doenças autoimunes e paraneoplásicas raras). O Manual não trata a catatonia como uma classe independente, mas reconhece: a) catatonia associada a outro transtorno mental (i.e., transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno psicótico, transtorno bipolar, transtorno depressivo e outro transtorno mental), b) transtorno catatônico devido a outra condição médica e c) catatonia não especificada.

A catatonia é definida pela presença de três ou mais de 12 características psicomotoras nos critérios diagnósticos de catatonia associada a outro transtorno mental e transtorno catatônico devido a outra condição médica. A característica essencial da catatonia é uma perturbação psicomotora acentuada que pode envolver atividade motora diminuída, participação diminuída durante entrevista ou exame físico ou atividade motora excessiva e peculiar. A apresentação clínica da catatonia pode confundir, uma vez que a perturbação psicomotora pode variar desde ausência acentuada de resposta até agitação acentuada. A imobilidade motora pode ser grave

(estupor) ou moderada (catalepsia e flexibilidade cêrea). Igualmente, a participação diminuída pode ser grave (mutismo) ou moderada (negativismo). Comportamentos motores excessivos e peculiares podem ser complexos (p. ex., estereotipia) ou simples (agitação), podendo incluir ecolalia e ecopraxia. Em casos extremos, a mesma pessoa pode ter aumentos e diminuições entre atividade motora reduzida e excessiva. As características clínicas aparentemente opostas e as manifestações variáveis do diagnóstico contribuem para falta de percepção e redução do reconhecimento da catatonia. Durante seus estágios graves, o indivíduo pode precisar de supervisão atenta para evitar autolesão e lesão a outros. Há riscos potenciais decorrentes de desnutrição, exaustão, hiperpirexia e lesão autoinfligida.

A. O quadro clínico é dominado por três (ou mais) dos sintomas a seguir:

1. Estupor (i.e., ausência de atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente).
2. Catalepsia (i.e., indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
3. Flexibilidade cêrea (i.e., resistência leve ao posicionamento pelo examinador).
4. Mutismo (i.e., resposta verbal ausente ou muito pouca [excluir com afasia conhecida]).
5. Negativismo (i.e., oposição ou resposta ausente a instruções ou a estímulos externos).
6. Postura (i.e., manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade).
7. Maneirismo (i.e., caricatura esquisita e circunstancial de ações normais).
8. Estereotipia (i.e., movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não voltados a metas).
9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
10. Caretas.
11. Ecolalia (i.e., imitação da fala de outra pessoa).
12. Ecopraxia (i.e., imitação dos movimentos de outra pessoa).

TRATAMENTO: Benzodiazepínicos podem melhorar um pouco os sintomas de forma temporária. Outra técnica que tem se mostrado eficiente é a ECT, que tem mecanismo de eficácia ainda desconhecido, mas é indicada para paciente com transtorno que causa ameaça a vida ou em risco de evolução para catatonia letal.

Questão 03 _____ **Homem, 20 anos de idade, é levado ao PS por episódio de agressividade há 1 dia. A mãe refere que ele passou a ficar mais calado e isolado, há 8 meses. Ele abandonou o emprego, pois se sentia desconfortável com os colegas, alegando que comentavam sobre ele e queriam lhe prejudicar frente ao chefe. Passou a escutar vozes, que o xingavam em alguns momentos, falava coisas sem sentido e tinha crises de choro. Chegou a relatar a sua mãe que pensava em se jogar na frente do trem para acabar com seu sofrimento. Vem progressivamente piorando. Faz uso regular de maconha há 1 ano, sendo o último consumo há 2 meses. Qual é o diagnóstico mais provável?**

a) Episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos.

b) Transtorno psicótico induzido por drogas.

c) Esquizofrenia paranoide.

d) Transtorno delirante persistente.

TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO

A. Presença de pelo menos um dos sintomas a seguir:

1. Delírios.
2. Alucinações.

B. Existe evidência na história, no exame físico ou nos achados laboratoriais de (1) e (2):

1. Os sintomas do Critério A se desenvolveram durante ou logo após intoxicação por uma substância ou abstinência ou após exposição a um medicamento.
2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno psicótico não induzido por substância/medicamento. Essas evidências de um transtorno psicótico independente podem incluir: **Os sintomas antecederam o aparecimento do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (p. ex., cerca de um mês) após o término da abstinência aguda ou intoxicação grave;** ou há outras evidências de um

transtorno psicótico independente não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

	CID-9-MC	CID-10-MC		
		Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
<i>Cannabis</i>	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Outro alucinógeno	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inalante	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Predominam delírios – particularmente o paranoide – e alucinações – principalmente as auditivas, bem como perturbações na sensopercepção. O afeto está geralmente menos embotado do que em outros subtipos, com grau menor de incongruência. Comumente há perturbação do humor: irritabilidade, raiva, receio, suspeita. Embora estejam presentes, sintomas negativos não predominam no quadro.

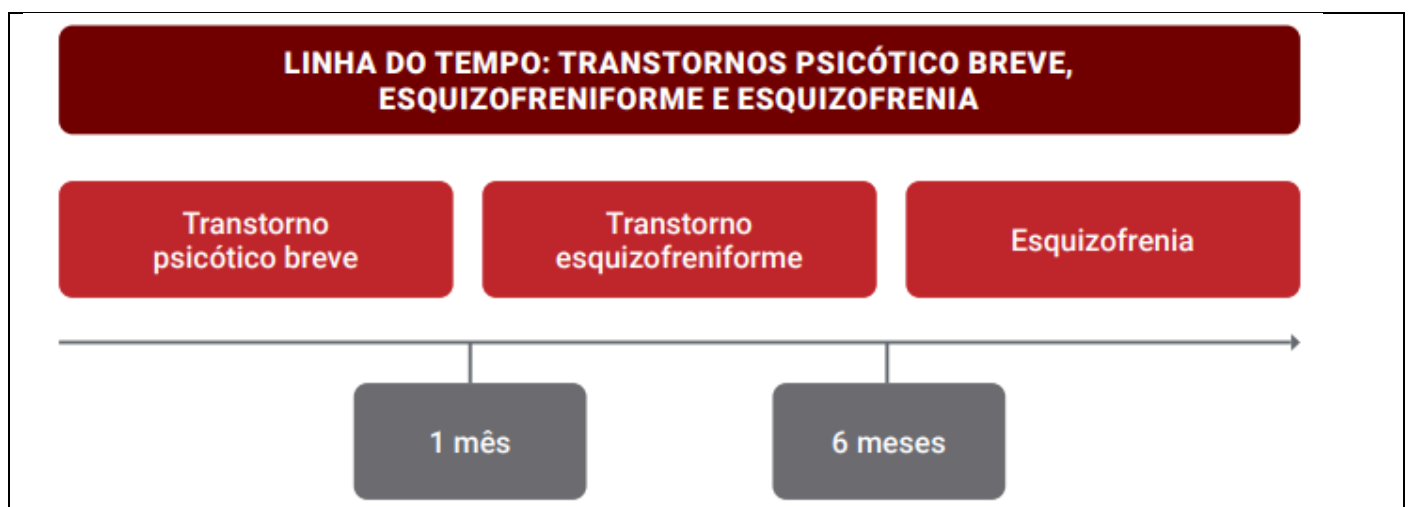
Questão 04 _____ Qual é o tempo necessário de sintomas prodrômicos ou residuais para o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)?

a) 2 semanas.

b) 1 mês.

c) 3 meses.

d) 6 meses.



Questão 05 _____ Qual efeito colateral da clozapina gerou o protocolo de hemogramas semanais e mensais?

a) Agranulocitose.

- b) Anemia.
- c) Reticulocitose.
- d) Eosinofilia.

CLOZAPINA

Contraindicações absolutas: leucócitos abaixo de 3.550/mm³ ou neutrófilos abaixo de 2.000/mm³, doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose/granulocitopenia com clozapina, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, história de miocardite por clozapina, doenças hepáticas ou cardíacas graves, hipersensibilidade ao medicamento, epilepsia não controlada. * A clozapina exige a realização de hemograma semanal durante as 18 primeiras semanas de tratamento; após, deve ser realizado hemograma mensal enquanto durar o uso do medicamento. O efeito colateral mais grave é a possível redução de neutrófilos, o que aumenta o risco de infecções.

Questão 06 _____ **O paciente com Transtorno de Pânico (TP) tem longo histórico de visitas a emergências hospitalares anteriormente ao seu diagnóstico psiquiátrico. Por essa razão, o médico precisa estar atento às manifestações do TP, uma vez que a acurácia do clínico para detectar transtornos de ansiedade costuma ser baixa. Assinale a opção que caracterize corretamente o Transtorno de Pânico (TP).**

a) Preocupação intermitente acerca da possibilidade de um novo ataque (ansiedade antecipatória).

b) Ataques de pânico recorrentes, seguidos pelo medo de ter um novo ataque (ansiedade antecipatória) e por uma mudança de comportamento em função da presença dos ataques (sintomas de evitação).

c) Ataques de pânico recorrentes, sem o desenvolvimento de qualquer outra mudança de comportamento por causa dos ataques.

d) Preocupação intermitente acerca da possibilidade de um novo ataque (ansiedade antecipatória) sempre acompanhado de agorafobia.

TRANSTORNO DE PÂNICO

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
11. Desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer

Nota: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrollável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).

C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

Questão 07 _____ **Qual é o achado mais frequente na criança com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social?**

- a) Violência com os animais.
- b) Imposição aos colegas para realização de suas tarefas escolares.
- c) Impulsividade e violência com os colegas.

d) Inibição e dificuldade de interação com os pares.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL – FOCIA SOCIAL

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).

C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.

D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.

G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.

I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.

J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

A característica essencial do transtorno de ansiedade social é um medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. Em crianças, o medo ou ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares, e não apenas durante interações com adultos

Questão 08 _____ **Mulher, 55 anos, tem história de episódios que cursam com sensação taquicardia, palpitações e uma “angústia” intensa. Relata que esses episódios começaram há 20 anos e acontecem com frequência quase semanal. Ultimamente, esse quadro vem se agravando, pois os episódios vêm ocorrendo diariamente e com intensidade aumentada, cursando com uma sensação estranha de “estar prestes a morrer”. Acredita que as frequentes cobranças de seu chefe são o motivo da piora das crises, que causam um grande prejuízo funcional. Em seu histórico médico pessoal constam diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Diante desse quadro, assinale o melhor tratamento:**

- a) Clomipramina + terapia cognitivocomportamental
- b) Bupropiona + terapia cognitivo-comportamental.
- c) Lítio + terapia cognitivo-comportamental.

d) Fluoxetina + terapia cognitivo-comportamental.

HD: Síndrome do Pânico.

Tratamento: 1ª linha é a terapia cognitivo comportamental e como tratamento medicamentoso: Inibidores da Recaptação Seletivos de Serotonina, como fluoxetina, sertralina, parotexina, escitalopram, fluvoxmina.

Questão 09 _____ **Mulher, 34 anos, com história de episódios autolimitados de sensação de morte iminente, acompanhada por palpitações, sudorese e tremor de extremidades, com duração aproximada de 25 minutos. Refere cerca de 6 episódios semelhantes nos últimos 3 meses. Percebeu que em lugares públicos, como parques e praças as crises surgem com mais frequência. Assinale a alternativa que corresponde a melhor hipótese.**

- a) Ataque de pânico com agorafobia.
- b) Transtorno de Ansiedade Generalizada com agorafobia.
- c) Transtorno Obsessivo Compulsivo com Fobia Social.

d) Transtorno de Pânico com agorafobia.

Os transtornos de ansiedade são ordenados em dois grandes grupos: grupo dos transtornos em que a ansiedade é constante e permanente, onde se enquadra a TAG, e grupo dos quadros em que há crises de ansiedade, que cursam com períodos discretos de sintomas agudos, descritos como ataques de pânico, no qual o indivíduo experimenta uma elevação abrupta da ansiedade, associado a pensamentos de medo e sintomas somáticos dentro de alguns minutos (“início crescente”). Esses sintomas agudos normalmente se resolvem no período de uma hora.

TAG	PÂNICO	FOBIA ESPECÍFICA	FOBIA SOCIAL
Ansiedade Geral	Crises agudas de ansiedade		
Perpassando várias áreas	Autolimitadas	Medo de algo específico	Medo de exposição e julgamento
Associado a insônia e sintomas físicos	Sem fatores desencadeantes	Causa prejuízo de vida	Medo em situações que se expõe socialmente
	Sintomas físicos e psíquicos		

O **distúrbio de ansiedade generalizada (TAG)** é uma condição mais heterogênea, caracterizada pela presença de ansiedade clinicamente significativa e sintomas somáticos associados a pelo menos 6 meses ou mais. Na prática, essa condição é assim definida quando não se consegue encontrar outros fatores desencadeantes da ansiedade. Na TAG, o indivíduo vive angustiado, tenso, preocupado, permanentemente nervoso ou irritado, e nesses casos é comum quadros de insônia, dificuldade de concentração, cefaleias, dores musculares (devido à dificuldade de relaxar), dores estomacais ou pirose, pré- -síncope, parestesias e sudorese fria.

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

2. Fatigabilidade.

3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.

2. Sudorese.

3. Tremores ou abalos.

4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.

5. Sensações de asfixia.

6. Dor ou desconforto torácico.

7. Náusea ou desconforto abdominal.

8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.

9. Calafrios ou ondas de calor.

10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).

11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).

12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.

13. Medo de morrer

Com isso, o transtorno do pânico é assim definido quando ocorrem ataques de pânico repetitivos e inesperados, sendo que pelo menos um dos ataques tenha ocorrido seguido no período de no mínimo um mês dos seguintes fatores:

- Preocupação persistente com a possibilidade de novos ataques
- Preocupação com implicações ou consequências do ataque
- Alterações do comportamento relacionadas aos ataques

Presença ou não de agorafobia associada

No **transtorno do pânico**, o indivíduo sofre com ataques de pânico recorrentes. Alguns ataques são causados por situações conhecidamente estressantes, porém outros ataques são imprevistos. Esses pacientes apresentam ainda ansiedade antecipatória, que consiste no sofrimento psíquico contínuo provocado pela preocupação com o próximo ataque de pânico ou com seus efeitos, por exemplo, constrangimento quando o ataque ocorre em público.

Os indivíduos com transtorno do pânico também manifestam comportamento de esquiva, afastando-se dos fatores conhecidos que provocam a crise ou de situações em que possa ser preocupante ou perigoso ter um ataque de pânico, por exemplo, espaço públicos ou dirigir.

Esse comportamento de esquiva pode se sobrepor aos sintomas de **agorafobia**, que consiste na sensação de medo angustiante e incapacitante de lugares ou situações em que escapar possa ser difícil ou constrangedor ou ainda, situações em que ajuda possa não ser disponível no caso da ocorrência do ataque de pânico, como estar sozinho fora de casa, permanecer em pontes ou túneis, multidões e filas. O comportamento de esquiva e a ansiedade antecipatória podem, em muitos casos, ser mais incapacitante do que os ataques de pânico propriamente ditos.

As fobias são definidas como condições em que um estímulo ambiental específico é capaz de provocar uma resposta de ansiedade patológica. Como quase sempre a exposição a estes estímulos provocam o estado ansioso, os indivíduos com fobia evitam o contato com esses estímulos sempre que possível ou suportam o estímulo com angústia. Além da agorafobia, existem outros tipos de fobia, como a fobia social (transtornos de ansiedade social) e fobias específicas, como claustrofobia e glossofobia.

Questão 10 **Mulher, 35 anos, em consulta ambulatorial em unidade básica de saúde, queixa-se de dores frequentes nas costas, ocasionais períodos em que fica com falta de ar e tem tido cefaleia. Terminou relatando que dorme mal, é muito irritada, preocupada e se impressiona "com tudo". Passa períodos "tão agoniada" que não consegue trabalhar. O exame físico não revelou anormalidades. Ao completar a anamnese o médico ficou sabendo que a paciente sempre se considerou "nervosa" e já tomou, de modo irregular, "remédio controlado". Apesar das queixas, não tem o hábito de procurar atendimento médico com muita frequência, nem tem a demanda insistente pela realização de exames complementares. Qual o diagnóstico mais provável?**

- a) Transtorno depressivo.
- b) Transtorno de ajustamento.
- c) Transtorno de somatização.

d) Transtorno de ansiedade generalizada.

TAG

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

2. Fatigabilidade.

3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de

ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).