

“A advogada pessimista”

QUESTÕES:

Questão 01 _____ **O Transtorno Bipolar do Humor (TBH) é uma doença crônica e grave caracterizada por alternância de episódios depressivos, com ou sem sintomas psicóticos, e episódios de hipomania ou mania, com ou sem sintomas psicóticos. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), assinale a afirmativa correta.**

- a) O TBH tipo II compreende os casos nos quais ocorrem manias, hipomanias e depressões.
- b) O TBH tipo I compreende os casos nos quais ocorrem hipomanias e depressões.
- c) O TBH tipo I compreende os casos nos quais ocorrem manias, hipomanias e depressões.**
- d) O TBH tipo III compreende os casos em que encontramos as oscilações do humor, mas essas não satisfazem os critérios para episódios do DSM-5

Para diagnóstico de TB 1 não é preciso que o paciente tenha tido episódio de depressão. O episódio de mania é suficiente para o diagnóstico.

Na TB 2, o paciente jamais pode ter feito episódio de mania.

O TB tipo 1 é uma classificação do transtorno bipolar no qual o paciente apresenta o quadro clássico maníaco-depressivo. Os critérios para diagnóstico é a presença de pelo menos um quadro de mania ao longo da vida. Apesar dos episódios de depressão serem comuns, não são necessários para o diagnóstico.

O paciente pode apresentar episódio de psicose, mas é necessário afastar algum transtorno psicótico como transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia para diagnóstico de TB 1.

O TB tipo 2 também é uma classificação do transtorno bipolar. Para diagnóstico, é necessário que o paciente apresente critérios para pelo menos 1 episódio hipomaniaco e 1 episódio depressivo ao longo da vida. Da mesma forma que no TB 1, é preciso afastar a presença de algum transtorno psicótico para fazer o diagnóstico.

Questão 02 _____ **Mulher de 20 anos de idade chega ao serviço de emergência informando ter sido agredida por pessoa no ônibus. O contato inicial é difícil, pois a paciente está agitada, preocupada e falando rapidamente. Ela informa que o agressor a estava perseguindo desde o ponto de embarque. A paciente recebeu notícia sobre uma herança há quatro dias, e desde então não consegue dormir. Há três dias, pediu demissão do emprego de faxineira por achar que sua “patroa estava roubando seu dinheiro para pagar contas da casa”. Nos últimos dois dias, com a expectativa de receber o dinheiro, gastou cerca de 2 mil reais em vários pares de sapatos de 3 lojas diferentes. Qual é a principal hipótese diagnóstica para o caso?**

- a) Transtorno de personalidade borderline.
- b) Reação aguda ao estresse.
- c) Síndrome do pânico.

d) Mania com sintomas psicóticos.

Mania psicótica é a manifestação mais extrema, com sintomas psicóticos que podem ser difíceis de distinguir da **esquizofrenia**. Os pacientes podem ter delírios extremamente

grandiosos ou persecutórios (p. ex., de ser Jesus, de ser perseguido pelo Federal Bureau of Investigation FBI)), às vezes, com alucinações. O nível de atividade aumenta marcadamente; os pacientes podem correr e gritar, xingar ou cantar. A labilidade de humor aumenta, com frequência, com irritabilidade crescente. Delirium completo (mania delirante) pode surgir, com perda completa do pensamento e comportamento coerentes.

Questão 03 _____ **Paciente do sexo feminino, 23 anos, relata tristeza intensa, pois foi demitida devido a repetidas faltas no trabalho. Diz que, desde seus 22 anos, na maioria dos meses, sente uma mudança em ciclos, com um período de alguns dias de irritabilidade, labilidade, letargia, avidez por doce e uma "sensação de inchaço", que ocorrem quase todos os meses. Percebe que, logo após a menstruação, a "vida volta a ficar leve e colorida". Associa suas faltas ao trabalho a esses períodos de "mudança do humor e inchaços". Assinalar a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável:**

- a) Dismenorreia.
- b) Transtorno ciclotímico.
- c) Transtorno de personalidade histriônica.

d) Transtorno disfórico pré-menstrual.

O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma forma mais grave e intensa da síndrome pré-menstrual (SPM), conhecida também como tensão pré-menstrual ([TPM](#)). Esse problema causa sintomas físicos, cognitivos e psicológicos relacionados às oscilações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual. Classificado como um transtorno depressivo, o TDPM atinge de [3% a 8% das mulheres em idade reprodutiva](#), sendo responsável por alterações de humor e comportamento expressivas e incapacitantes. Esse problema de saúde mental é causado por uma alteração genética nos receptores de serotonina — neurotransmissor que regula o humor, o sono, o apetite e a dor. Quando os níveis dessa substância estão baixos no organismo, a pessoa apresenta reações emocionais acentuadas e desproporcionais aos estímulos externos. O transtorno disfórico pré-menstrual é caracterizado por sintomas que aparecem entre 2 a 10 dias antes da menstruação e começam a desaparecer poucos dias após o início do fluxo menstrual. Esse distúrbio geralmente é diagnosticado quando esse quadro se repete por, pelo menos, dois ciclos menstruais consecutivos, traz prejuízos à vida profissional, familiar ou amorosa da mulher. Os principais sintomas do TDPM são:

- irritabilidade;
- humor deprimido;
- ansiedade;
- pensamentos autodepreciativos;
- instabilidade emocional;
- dificuldade de concentração;
- falta de interesse em atividades habituais;
- fadiga, apetite descontrolado;
- problemas para dormir;
- dor de cabeça e inchaço no corpo.

A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final antes do início da menstruação, começar a melhorar poucos dias depois do início da menstruação e tornar-se mínimos ou ausentes na semana pós-menstrual.

B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente: 1. Labilidade afetiva acentuada (p. ex., mudanças de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou sensibilidade aumentada à rejeição). 2. Irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais. 3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos. 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite.

C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve adicionalmente estar presente para atingir um total de cinco sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B. 1. Interesse diminuído pelas atividades habituais (p. ex., trabalho, escola, amigos, passatempos). 2. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar. 3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada. 4. Alteração acentuada do apetite; comer em demasia; ou avidez por alimentos específicos. 5. Hipersonia ou insônia. 6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controle. 7. Sintomas físicos como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço” ou ganho de peso.

Questão 04 _____ **Paciente de 65 anos, feminina, com apatia, sensação de tristeza e de fardo para a família, sentimento de culpa e baixa autoestima, relatou que perdeu capacidade de sentir prazer e alegria, além de queixar-se de câimbras nas pernas, problemas de memória e desesperança quanto ao futuro. Ao exame físico apresenta retardo motor. A paciente refere que apresenta essas queixas há, aproximadamente, três semanas. Entre as hipóteses diagnósticas abaixo, a mais provável é**

- a) transtornos de personalidade.
- b) transtorno afetivo bipolar.
- c) transtorno depressivo maior.**
- d) transtorno depressivo recorrente.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Questão 05 _____ **De acordo com o DSM V, para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) _____.**

- a) Perda de capacidade cognitiva.

b) Perda de interesse ou prazer.

- c) Perda de libido.
- d) Perda de objetos pessoais.

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Questão 06 _____ **De acordo com o DSM-V, para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, de uma lista de 9 sintomas, o paciente precisa apresentar pelo menos:**

- a) 2 sintomas ou mais.
- b) 3 sintomas ou mais.
- c) 4 sintomas ou mais.

d) 5 sintomas ou mais.

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecreinação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Questão 07 _____ **Seu Agenor, 77 anos de idade, bancário aposentado, casado há 49 anos com Dona Rosinha, aparece na UBS para uma consulta agendada por Saionara, neta do casal. A moça conta que seu avô é um homem muito alegre, ativo, está sempre conversando com a vizinhança pela manhã com seu chimarrão na mão, e atualizando-se dos acontecimentos e fofocas da vila onde mora. É conhecido pelos amigos por sua fala alta, riso fácil e por estar sempre ajudando quem precisa. Apesar disso, há cerca de 9 meses, perdeu o filho mais velho em um acidente de carro. Depois disso, “perdeu o brilho no olhar”, parece ter envelhecido vários anos, está com a cabeça “mais devagar”, sai pouco de casa, não se interessa mais nas jogatinas no clube da terceira idade, perdeu 14 quilos e tem muitas dificuldades em dormir, o que o torna muito irritado e causa muito sofrimento à família. Dona Rosinha, por sua vez, mostra grande resiliência e está disposta a reunir todas as suas forças para trazer o “velho Agenor” de volta. A esposa ainda conta que não é a primeira vez que o paciente apresenta quadros assim, pois em 1987, quando**

perdeu a mãe, houve um episódio parecido, assim como em 1998, quando o Brasil perdeu a final da Copa do Mundo para a França, o que o abalou por várias semanas e causou sintomas parecidos. Tendo em vista o quadro acima, assinale a alternativa que traz a melhor hipótese diagnóstica e a melhor proposta terapêutica.

- a) Transtorno Depressivo – Sertralina 100mg/manhã + clonazepam 0,5mg/noite.
- b) Transtorno Depressivo Recorrente – quetiapina 300mg/manhã.
- c) Episódio depressivo Bipolar – Lítio 600mg + diazepam 10mg.

d) Transtorno depressivo Recorrente – Mirtazapina 15mg/noite.

- A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.
- B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: 1. Appetite diminuído ou alimentação em excesso. 2. Insônia ou hipersonia. 3. Baixa energia ou fadiga. 4. Baixa autoestima. 5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões. 6. Sentimentos de desesperança.
- C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.
- D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
- E. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
- F. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo).
- H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Mirtazapina é um antidepressivo atípico que aumenta a neurotransmissão de serotonina e norepinefrina, servindo como antagonista nos receptores pré-sinápticos α_2 . Além disso, parte da atividade antidepressiva pode ser relacionada ao antagonismo de receptores 5-HT₂. Esse fármaco é sedativo devido à sua potente atividade anti-histamínica, mas não causa os efeitos adversos antimuscarínicos dos ADTs, nem interfere na função sexual, como os ISCSs. Frequentemente, ocorre aumento do apetite e da massa corporal. A mirtazapina é acentuadamente sedativa, o que pode ser uma vantagem em pacientes deprimidos com dificuldade para dormir.

Questão 08 _____ **Qual é a melhor opção de primeira linha para tratamento de manutenção de um paciente com transtorno bipolar do tipo 2, de 52 anos de idade, com hipotireoidismo, hipertensão, diabetes, com doença renal crônica não dialítica e obesidade grau 2?**

- a) Fluoxetina.
- b) Lítio.
- c) Ácido Valproico.**
- d) Carbamazepina.

Vários fármacos antiepiléticos, incluindo carbamazepina, ácido valproico e lamotrigina, foram aprovados como estabilizadores do humor para transtornos bipolares. Outros fármacos que podem amenizar os sintomas de mania incluem os antigos (clorpromazina e haloperidol) e os

novos antipsicóticos. Os antipsicóticos atípicos risperidona, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol, asenapina e quetiapina (ver Cap. 11) também são usados no tratamento da mania. Quetiapina, lurasidona e a combinação de olanzapina e fluoxetina foram aprovadas para depressão bipolar.

Os sais de lítio são usados aguda e profilaticamente no tratamento de pacientes bipolares. O lítio é eficaz no tratamento de 60 a 80% dos pacientes que exibem mania e hipomania. Embora vários processos celulares sejam alterados pelos sais de lítio, o mecanismo de ação é desconhecido. O índice terapêutico do lítio é extremamente baixo, e os sais de lítio podem ser tóxicos. Os efeitos adversos podem incluir cefaleia, xerostomia, polidipsia, poliúria, polifagia, distúrbios GI (o lítio deve ser administrado com alimento), tremor fino nas mãos, tonturas, fadiga, reações dérmicas e sedação. Os efeitos adversos devidos a níveis plasmáticos mais elevados indicam toxicidade e incluem ataxia, fala enrolada, tremores grosseiros, confusão e convulsões. A função tireoidiana pode diminuir e deve ser monitorada. Ao contrário de outros estabilizadores do humor, o lítio é eliminado pelos rins, e a administração em pacientes com insuficiência renal requer cautela; para pacientes com insuficiência hepática, pode ser a melhor escolha.

A carbamazepina bloqueia os canais de sódio, inibindo, assim, a geração de potenciais de ação repetitivos no foco epilético e evitando seu alastramento. Ela é eficaz para tratar as crises focais e, adicionalmente, as convulsões tônico-clônicas generalizadas, a neuralgia do trigêmio e os transtornos bipolares. A carbamazepina tem absorção lenta e errática após administração por via oral e pode variar de genérico para genérico, resultando em amplas variações de concentração sérica. Ela induz sua própria biotransformação, resultando em concentrações séricas menores nas doses mais altas. A carbamazepina é indutora das enzimas CYP1A2, CYP2C e CYP3A e da uridina 5'-difosfato (UDP) – glicuronosiltransferase (UGT), o que aumenta a depuração de outros fármacos (Fig. 12.8). Pode ser notada hiponatremia em alguns pacientes, especialmente em idosos, o que requer a troca de medicação. A carbamazepina não deve ser prescrita para pacientes com crises de ausência, porque pode aumentá-las.

Mecanismos de ação possíveis desses fármacos incluem bloqueio de canais de sódio, bloqueio da transaminase GABA e ações nos canais de cálcio tipo T. Os mecanismos variados oferecem um amplo espectro de atividade contra crises epiléticas. São eficazes para o tratamento de epilepsias focais e primárias generalizadas. O ácido valproico está disponível como ácido livre. O divalproex sódico é a associação de valproato de sódio e ácido valproico, que é convertido em valproato quando alcança o trato gastrointestinal (TGI). Ele foi desenvolvido para melhorar a tolerância gastrointestinal (GI) do ácido valproico. Todos os sais disponíveis são equivalentes em eficácia (ácido valproico e valproato de sódio). Os produtos comerciais estão disponíveis em formulações com múltiplos sais e dosagens e com liberação prolongada. Por isso, o risco de erros de medicação é elevado, sendo essencial estar familiarizado com todas as preparações. O valproato inibe o metabolismo dos sistemas CYP2C9, UGT e epóxido hidrolase (Fig. 12.8). Toxicidade hepática é rara e pode causar aumento das enzimas hepáticas, que devem ser monitoradas frequentemente. A teratogenicidade também é uma grande preocupação.

Questão 09 _____ **O transtorno ciclotímico em adultos é diagnosticado de acordo com o DSM-5 quando sintomas hipomaniacos e depressivos leves se alternam durando pelo menos:**

- a) 6 meses.
- b) 12 meses.
- c) 18 meses.

d) 24 meses.

Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes), presença de vários períodos com sintomas hipomaniacos que não satisfazem os critérios para episódio hipomaniaco e vários períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior. B. Durante o período antes citado de dois anos (um ano em crianças e adolescentes), os períodos hipomaniaco e depressivo estiveram presentes por pelo menos metade do tempo, e o

indivíduo não permaneceu sem os sintomas por mais que dois meses consecutivos. C. Os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos. D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado.

Questão 10 _____ **Leia o caso clínico a seguir. Você atende um paciente de 27 anos, do sexo masculino, com episódio depressivo grave e risco de suicídio. Ele tem história prévia de episódios depressivos com sintomas atípicos (hipersonia, aumento de apetite, labilidade do humor e ausência de anedonia) e delírios de ruína. Já fez muito abuso de álcool, maconha e cocaína, e relatou episódios de franca irritabilidade, comportamento agressivo, logorreia e aumento da impulsividade sexual e pensamentos acelerados com duração de vários dias, mesmo sem estar intoxicado por drogas. Na família, há vários casos de suicídio e internações psiquiátricas por surtos de agressividade e agitação psicomotora. Em relação à conduta medicamentosa, a prescrição adequada é:**

- a) Nortriptilina, um antidepressivo tricíclico.
- b) Escitalopram, antidepressivo inibidor seletivo de recaptação de serotonina.
- c) Quetiapina, um antipsicótico de segunda geração.**
- d) Lorazepam, um benzodiazepínico.

Os antipsicóticos podem ser usados como tranquilizantes para lidar com o comportamento agitado e inconveniente secundário a outros transtornos. A clorpromazina é usada para tratar o soluço intratável. A pimozida é indicada primariamente no tratamento dos tiques fônicos e motores da doença de Tourette. Todavia, a risperidona e o haloperidol também são prescritos comumente contra esses tiques. A risperidona e o aripiprazol estão aprovados para lidar com o comportamento inconveniente e a irritabilidade secundárias ao autismo. Vários antipsicóticos estão aprovados para tratar a mania e sintomas mistos associados com o transtorno bipolar. Lurasidona e quetiapina são indicadas para o tratamento da depressão bipolar. Paliperidona está aprovada para o tratamento do transtorno esquizoafetivo. Alguns antipsicóticos (aripiprazol e quetiapina) são usados como adjuvantes aos antidepressivos no tratamento da depressão refratária.