16 ABORDAGENS DA PSICOLOGIA

GUIA VISUAL DOS TRANSTORNOS

Fichas, diferenciais e mitos

Os principais transtornos explicados em fichas de uma página, com base no DSM-5-TR e na CID-11, em palavras simples.



30 fichas | 8 diferenciais | Mitos x fatos | 35 questões

AVISO IMPORTANTE

ANTES DE COMEÇAR

- Este é um **material educativo**, feito para estudar e entender.
- Não serve para **autodiagnóstico** nem para diagnosticar outra pessoa.
- Diagnóstico é feito por **profissional habilitado**, com avaliação completa.
- Em sofrimento, procure um psicólogo, a **UBS** ou o **CAPS** da sua cidade.

EM CRISE

188

CVV · Centro de Valorização da Vida
24 horas, ligação gratuita

192

SAMU · emergência
ou vá ao pronto-socorro mais próximo

SOBRE A LINGUAGEM

Neste guia escrevemos **pessoa com depressão**, **pessoa com TEA**, nunca o depressivo ou o autista. Ninguém é o seu diagnóstico.

DSM-5-TR X CID-11

DSM-5-TR × **CID-11**

	DSM-5-TR	CID-11
Quem publica	Associação Americana de Psiquiatria (APA)	Organização Mundial da Saúde (OMS)
Versão atual	DSM-5-TR, de 2022 (revisão do texto do DSM-5, de 2013)	CID-11, em vigor desde janeiro de 2022
O que abrange	Só transtornos mentais	Todas as doenças; os transtornos mentais ficam num capítulo próprio
Como descreve	Critérios em lista, com contagem de sintomas e tempos	Descrições clínicas com requisitos essenciais, mais flexíveis
Personalidade	Mantém 10 tipos em 3 grupos (A, B, C)	Diagnóstico único, com gravidade e traços
Para que serve	Clínica, pesquisa e ensino	Sistema oficial de saúde e estatística no mundo

POR QUE ESTE GUIA NÃO TRAZ CÓDIGOS

Códigos mudam entre versões e entre países. Para evitar erro, trazemos os nomes dos quadros. Quando precisar do código, consulte a publicação oficial ou a orientação do seu serviço.

NA PRÁTICA

- Os dois sistemas conversam e descrevem quadros parecidos, com diferenças de detalhe.
- Nas fichas, os prazos citados são do DSM-5-TR, que costuma ser o mais cobrado em provas; quando a CID-11 difere, isso aparece.
- Os critérios aqui estão resumidos com palavras próprias, não copiados.

COMO LER UMA FICHA

A FICHA

1. Nome e grupo
2. Em uma frase
3. Como costuma aparecer
4. Tempo e começo
5. Não confunda com
6. Mito x fato e vinheta
7. Pelas lentes
8. Cai em prova

O QUE TEM EM CADA PARTE

1 Nome e grupo

O nome no DSM-5-TR, o nome ou agrupamento na CID-11 e a cor do grupo.

2 Em uma frase

O quadro resumido numa linha, para gravar.

3 Como costuma aparecer

Os sinais mais comuns, com palavras simples.

4 Tempo e começo

Duração mínima exigida (quando existe), idade típica de início e curso.

5 Não confunda com

Os quadros parecidos e a diferença em uma frase.

6 Mito x fato e vinheta

O que a internet diz e um personagem fictício mostrando o quadro na vida real.

7 Pelas lentes

Como 4 abordagens leem o quadro: psicanalítica, TCC, humanista-existencial e sócio-histórica.

8 Cai em prova

O detalhe mais cobrado em questões.

DICA Estude por grupo. Leia as fichas, depois os diferenciais do grupo e só então faça as 5 questões.

OS 8 GRUPOS

Cada grupo tem uma cor. Use este mapa como sumário.

ANSIEDADE

Ansiedade Generalizada p. 6
Transtorno de Pânico p. 7
Agorafobia p. 8
Fobia Específica p. 9
Ansiedade Social p. 10

OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRAUMA

TOC p. 11
Estresse Pós-Traumático p. 12
Luto Prolongado p. 13

HUMOR

Depressão Maior p. 14
Distimia p. 15
Bipolar Tipo I p. 16
Bipolar Tipo II p. 17
Ciclotimia p. 18

PERSONALIDADE

Visão geral (grupos A, B, C) p. 19
Borderline p. 20
Antissocial p. 21
Narcisista p. 22
Evitativa p. 23
Obsessivo-Compulsiva (TPOC) p. 24

NEURODESENVOLVIMENTO

Espectro Autista (TEA) p. 25
TDAH p. 26
Deficiência Intelectual p. 27
Transtorno da Aprendizagem p. 28

PSICÓTICOS

Esquizofrenia p. 29
Transtorno Delirante p. 30
Esquizoafetivo p. 31

ALIMENTARES

Anorexia Nervosa p. 32
Bulimia Nervosa p. 33
Compulsão Alimentar p. 34

OUTROS

Uso de Álcool p. 35
Neurocognitivo Maior p. 36

GRUPO · ANSIEDADE

ANSIEDADE GENERALIZADA

DSM-5-TR: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) · **CID-11:** Transtorno de ansiedade generalizada · grupo dos transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Preocupação excessiva e difícil de controlar com vários assuntos do dia a dia, na maior parte dos dias.

COMO COSTUMA APARECER

- Preocupação com muitos temas: trabalho, saúde, família, dinheiro
- Sensação de estar sempre no limite
- Cansaço fácil
- Dificuldade de concentração, brancos
- Irritabilidade
- Tensão muscular
- Sono ruim

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: na maior parte dos dias por pelo menos 6 meses. CID-11: por vários meses.

COMEÇO E CURSO

Pode começar em qualquer idade. Tende a ser duradouro, com piora em fases de estresse.

NÃO CONFUNDA COM

Transtorno de Pânico: No pânico há crises súbitas; no TAG, preocupação contínua e difusa.

Preocupação comum: Na comum, a pessoa consegue controlar e não há prejuízo importante.

MITO X FATO

✗ É só gente que se preocupa demais e precisa relaxar.

✓ É um quadro clínico com sofrimento e prejuízo. Não se resolve com força de vontade.

VINHETA

Renata, 34

Checa o celular a cada minuto quando o filho sai. Antes de dormir, pensa nas contas, na saúde da mãe e no emprego. Acorda cansada, com dor no pescoço, e diz que a cabeça nunca desliga.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Angústia ligada a conflitos inconscientes que não acham outra saída.

COMPORTAMENTAL/TCC
Preocupação como tentativa de controle; crenças sobre o perigo e sobre a própria preocupação.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Dificuldade de lidar com a incerteza e de confiar na própria experiência.

SÓCIO-HISTÓRICA
Insegurança material e sobrecarga alimentam a preocupação constante.

CAI EM PROVA 6 meses no DSM-5-TR e preocupação com vários temas, não com um só.

GRUPO · ANSIEDADE

TRANSTORNO DE PÂNICO

DSM-5-TR: Transtorno de Pânico · **CID-11:** Transtorno de pânico · grupo dos transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Ataques de pânico inesperados e repetidos, seguidos de medo de novas crises ou de mudanças no comportamento para evitá-las.

COMO COSTUMA APARECER

- Pico de medo intenso em poucos minutos
- Coração disparado, falta de ar, aperto no peito
- Tremor, suor, tontura, formigamento
- Sensação de irrealidade
- Medo de morrer, enlouquecer ou perder o controle
- Preocupação com a próxima crise
- Evitar lugares ou esforços

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: crises inesperadas e repetidas e, depois de ao menos uma, 1 mês ou mais de preocupação ou mudança de comportamento.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar no fim da adolescência ou início da vida adulta. Sem tratamento, tende a oscilar.

NÃO CONFUNDA COM

TAG: No TAG não há crises súbitas; a preocupação é contínua.

Ataque de pânico isolado: Um ataque pode ocorrer em vários quadros; o transtorno exige crises inesperadas e repetidas.

MITO X FATO

✗ Crise de pânico é frescura ou para chamar atenção.

✓ O corpo reage como se houvesse um perigo real. A sensação é intensa e assustadora.

VINHETA

Diego, 27

No ônibus, sente o coração disparar e acha que vai morrer. No pronto-socorro, os exames estão normais. Depois de outras duas crises, passa a evitar ônibus e academia.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Angústia que irrompe quando as defesas falham; sentido ligado à história da pessoa.

COMPORTAMENTAL/TCC
Interpretação catastrófica de sensações do corpo: coração acelerado vira infarto.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Vivência de perda de chão e de controle sobre a própria existência.

SÓCIO-HISTÓRICA
Ritmo de trabalho e insegurança social podem favorecer o adoecimento.

CAI EM PROVA Crises inesperadas + pelo menos 1 mês de preocupação com novas crises.

GRUPO · ANSIEDADE

AGORAFOBIA

DSM-5-TR: Agorafobia · **CID-11:** Agorafobia · grupo dos transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Medo intenso de situações das quais seria difícil sair ou receber ajuda se algo acontecesse.

COMO COSTUMA APARECER

- Medo de transporte público
- Medo de espaços abertos, como estacionamentos e pontes
- Medo de lugares fechados, como lojas e cinemas
- Medo de filas e multidões
- Medo de sair de casa sozinho
- Evitar ou só ir acompanhado
- Medo de passar mal e não ter socorro

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: medo em pelo menos duas dessas situações, persistente, em geral por 6 meses ou mais.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar no fim da adolescência ou início da vida adulta. Pode estreitar muito a vida.

NÃO CONFUNDA COM

Fobia específica: Na fobia, o medo é de um alvo só; na agorafobia, de vários lugares, pelo medo de não ter saída.

Transtorno de Pânico: Podem coexistir. No DSM-5-TR, são diagnósticos separados.

MITO X FATO

✗ Agorafobia é medo de lugar aberto.

✓ É medo de vários tipos de lugar, abertos ou fechados, pela sensação de não conseguir sair ou ter ajuda.

VINHETA

Cláudia, 41

Deixou de ir ao mercado e ao banco. Só sai com a irmã. Diz que tem medo de passar mal na fila e não conseguir sair dali.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O espaço de fora pode carregar conflitos ligados a separação e dependência.

COMPORTAMENTAL/TCC
A esquiva alivia na hora e mantém o medo; a exposição gradual quebra o ciclo.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
O mundo fica estreito: a vida se reduz ao que parece seguro.

SÓCIO-HISTÓRICA
Violência urbana e transporte precário aumentam medos reais; é preciso diferenciar.

CAI EM PROVA No DSM-5-TR, agorafobia e pânico são diagnósticos separados.

GRUPO · ANSIEDADE

FOBIA ESPECÍFICA

DSM-5-TR: Fobia Específica · **CID-11:** Fobia específica · grupo dos transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Medo intenso e desproporcional de um objeto ou situação específica.

COMO COSTUMA APARECER

- Medo imediato diante do alvo: animal, altura, sangue, injeção, avião
- Evitar ativamente a situação
- Suportar só com muito sofrimento
- Medo maior que o perigo real
- Ansiedade só de pensar no alvo
- No tipo sangue-injeção, pode haver desmaio

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: em geral 6 meses ou mais.

COMEÇO E CURSO

Muitas começam na infância e podem persistir se não forem tratadas.

NÃO CONFUNDA COM

Agorafobia: A agorafobia envolve várias situações e o medo de não ter saída.

Medo comum: O medo comum não leva a esquiva nem a prejuízo importante.

MITO X FATO

✗ É só enfrentar de uma vez que passa.

✓ A exposição funciona quando é planejada e gradual, com apoio. Forçar pode piorar.

VINHETA

Lucas, 19

Perdeu a viagem de formatura porque teria avião. Só de ver uma foto de cabine, sente falta de ar e suor nas mãos.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O objeto temido pode representar outro conflito, por deslocamento (caso do Pequeno Hans).

COMPORTAMENTAL/TCC
Medo aprendido por associação e mantido pela esquiva; trata-se com exposição.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
O que esse medo significa na história e no mundo da pessoa.

SÓCIO-HISTÓRICA
Medos também são aprendidos pela cultura e pelo exemplo dos outros.

CAI EM PROVA Subtipos: animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros.

GRUPO · ANSIEDADE

ANSIEDADE SOCIAL

DSM-5-TR: Transtorno de Ansiedade Social · **CID-11:** Transtorno de ansiedade social · grupo dos transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Medo intenso de situações em que a pessoa pode ser observada e avaliada de forma negativa.

COMO COSTUMA APARECER

- Medo de falar em público, comer ou escrever na frente dos outros
- Medo de parecer ansioso: corar, tremer
- Medo de ser julgado ou humilhado
- Evitar ou suportar com muito sofrimento
- Angústia dias antes do evento
- Ruminar depois do que disse

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: em geral 6 meses ou mais.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar na infância ou adolescência e pode durar anos sem tratamento.

NÃO CONFUNDA COM

Timidez: Timidez é traço comum; a ansiedade social traz sofrimento intenso e prejuízo.

Agorafobia: Na social, o medo é do julgamento; na agorafobia, de não ter saída.

MITO X FATO

✗ É só timidez, com o tempo passa.

✓ Pode limitar estudo, trabalho e relações por anos. Merece cuidado.

VINHETA

Bianca, 22

Prefere perder ponto a apresentar trabalho. Passa noites ensaiando e, depois, revê cada palavra que disse, certa de que todos notaram seu nervosismo.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O olhar do outro reaviva conflitos ligados à vergonha e ao superego.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças de ser inadequado, atenção voltada a si e comportamentos de segurança.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Dificuldade de existir diante do outro sem se sentir ameaçado.

SÓCIO-HISTÓRICA
Padrões de desempenho e redes sociais aumentam a cobrança.

CAI EM PROVA O medo central é a avaliação negativa dos outros.

GRUPO · OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRAUMA

TOC

DSM-5-TR: Transtorno Obsessivo-Compulsivo · **CID-11:** Transtorno obsessivo-compulsivo · grupo dos obsessivo-compulsivos ou relacionados

Pensamentos intrusivos que geram angústia (obsessões) e atos repetidos para aliviá-la (compulsões).

COMO COSTUMA APARECER

- Pensamentos, imagens ou impulsos indesejados que se repetem
- Tentar ignorar ou neutralizar esses pensamentos
- Rituais: lavar, checar, contar, ordenar, repetir
- Rituais mentais, como contar em silêncio
- Alívio que dura pouco
- Muito tempo gasto por dia
- Grau variável de crítica sobre os sintomas

TEMPO E INTENSIDADE

Não há duração mínima fixa. Conta o tempo consumido (por exemplo, mais de 1 hora por dia) ou o sofrimento e o prejuízo.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar na infância, adolescência ou início da vida adulta. Sem tratamento, tende a ser duradouro.

NÃO CONFUNDA COM

Personalidade obsessivo-compulsiva: No TPOC, há perfeccionismo como traço, sem obsessões intrusivas e rituais.

TAG: No TAG, as preocupações são sobre problemas reais, não intrusões que pedem ritual.

MITO X FATO

✗ Todo mundo é um pouco TOC.

✓ Gostar de organização não é TOC. O transtorno causa sofrimento e consome horas do dia.

VINHETA

Paulo, 30

Volta cinco vezes para ver se trancou a porta. Sabe que trancou, mas a dúvida volta. Chega atrasado ao trabalho quase todo dia.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Neurose obsessiva: conflito entre desejo e proibição, com defesas como anulação e isolamento.

COMPORTAMENTAL/TCC
Interpretação exagerada de pensamentos intrusivos; exposição com prevenção de resposta.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Busca de controle diante da incerteza e da culpa.

SÓCIO-HISTÓRICA
Normas e exigências do meio dão forma ao conteúdo das obsessões.

CAI EM PROVA Obsessão é pensamento; compulsão é ato (físico ou mental) para aliviar a angústia.

GRUPO · OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRAUMA

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

DSM-5-TR: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) · **CID-11:** Transtorno de estresse pós-traumático · grupo dos transtornos associados ao estresse

Reações intensas e duradouras depois de viver ou testemunhar um evento traumático grave.

COMO COSTUMA APARECER

- Exposição a morte, ameaça de morte, ferimento grave ou violência sexual
- Lembranças intrusivas, pesadelos, flashbacks
- Evitar lugares, pessoas ou conversas que lembram o evento
- Culpa, medo, distanciamento dos outros
- Hipervigilância e sustos exagerados
- Irritabilidade e sono ruim

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: sintomas por mais de 1 mês, com sofrimento ou prejuízo.

COMEÇO E CURSO

Pode surgir logo após o evento ou com atraso. Muitas pessoas melhoram; outras mantêm sintomas por anos.

NÃO CONFUNDA COM

Estresse agudo: Os sintomas duram de 3 dias a 1 mês após o evento.

Luto: No luto, a dor é saudade; no TEPT, há revivência do evento e medo.

MITO X FATO

✗ Trauma é qualquer coisa ruim que aconteceu.

✓ No TEPT, o evento envolve morte, ameaça grave, ferimento grave ou violência sexual.

VINHETA

Marcos, 38

Depois de um assalto à mão armada, acorda com pesadelos e se assusta com qualquer moto. Mudou o caminho do trabalho e não fala do assunto.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Excesso que o psiquismo não consegue elaborar e que tende a se repetir.

COMPORTAMENTAL/TCC
Memória mal processada e esquiva mantêm o medo; terapias focadas no trauma.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Ruptura no sentido da vida e na confiança no mundo.

SÓCIO-HISTÓRICA
Violência urbana, de gênero e institucional; o cuidado envolve a rede.

CAI EM PROVA Mais de 1 mês. De 3 dias a 1 mês é estresse agudo. A CID-11 também descreve o TEPT complexo.

GRUPO · OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRAUMA

LUTO PROLONGADO

DSM-5-TR: Transtorno de Luto Prolongado · **CID-11:** Transtorno de luto prolongado · grupo dos transtornos associados ao estresse

Luto intenso e persistente, bem além do esperado na cultura da pessoa, que prejudica a vida.

COMO COSTUMA APARECER

- Saudade intensa ou preocupação constante com quem morreu
- Sensação de que parte de si morreu
- Dificuldade de acreditar na morte
- Evitar lembranças da perda
- Dor intensa: raiva, amargura, culpa
- Dificuldade de retomar planos
- Sensação de vida sem sentido

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pelo menos 12 meses após a morte em adultos (6 meses em crianças e adolescentes).
CID-11: pelo menos 6 meses, conforme a cultura.

COMEÇO E CURSO

A maioria das pessoas atravessa o luto sem desenvolver o transtorno. Ele é a exceção.

NÃO CONFUNDA COM

Luto esperado: A dor vem em ondas e vai dando espaço à vida.

Depressão: Na depressão, a tristeza é geral; no luto prolongado, gira em torno de quem morreu.

MITO X FATO

✗ Quem ainda chora depois de um ano tem um transtorno.

✓ Saudade e choro por muito tempo são comuns. O diagnóstico exige intensidade e prejuízo fora do esperado.

VINHETA

Dona Lúcia, 67

Dois anos depois da morte do marido, mantém a mesa posta para ele e não sai de casa. Diz que a vida acabou junto com ele.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Trabalho de luto travado: o investimento no objeto perdido não se desloca.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças sobre a perda e esquiva de lembranças impedem o processamento.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Crise de sentido: reconstruir a vida sem quem se foi.

SÓCIO-HISTÓRICA
Rituais, apoio social e mortes violentas ou coletivas influenciam o luto.

CAI EM PROVA 12 meses no DSM-5-TR (adultos); 6 meses na CID-11.

GRUPO · HUMOR

DEPRESSÃO MAIOR

DSM-5-TR: Transtorno Depressivo Maior · **CID-11:** Episódio depressivo / transtorno depressivo recorrente · grupo dos transtornos do humor

Pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de prazer, com outros sintomas que afetam a vida.

COMO COSTUMA APARECER

- Tristeza, vazio ou irritação quase todos os dias
- Perda de interesse ou prazer
- Mudança de apetite ou peso
- Sono a mais ou a menos
- Cansaço, lentidão ou agitação
- Culpa e sensação de inutilidade
- Dificuldade de concentração; pensamentos de morte

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pelo menos 2 semanas, com 5 ou mais sintomas, incluindo humor deprimido ou perda de prazer.

COMEÇO E CURSO

Pode começar em qualquer idade. Os episódios podem ser únicos ou se repetir.

NÃO CONFUNDA COM

Tristeza: A tristeza é passageira; a depressão é persistente e prejudica a vida.

Bipolar: Se já houve mania ou hipomania, o quadro é bipolar.

MITO X FATO

✗ Depressão é tristeza forte ou falta de força de vontade.

✓ Afeta humor, corpo, sono, pensamento e energia. Não depende de força de vontade.

VINHETA

Fernanda, 29

Há um mês não tem vontade de sair da cama. Parou a academia que adorava, come pouco e diz que é um peso para todos.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Perda real ou simbólica e agressividade voltada contra o eu (Luto e Melancolia, de Freud).

COMPORTAMENTAL/TCC
Tríade cognitiva negativa e menos reforçadores; ativação comportamental.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Desconexão de si e perda de sentido.

SÓCIO-HISTÓRICA
Pobreza, desemprego, violência e isolamento aumentam o risco.

⚠ Pensamentos de morte merecem atenção imediata: CVV 188 (24 h, gratuito) ou SAMU 192.

CAI EM PROVA 2 semanas e 5 sintomas, com humor deprimido ou perda de prazer entre eles.

GRUPO · HUMOR

DISTIMIA

DSM-5-TR: Transtorno Depressivo Persistente (distimia) · **CID-11:** Transtorno distímico · grupo dos transtornos do humor

Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por anos.

COMO COSTUMA APARECER

- Humor baixo constante
- Apetite alterado
- Sono alterado
- Pouca energia
- Autoestima baixa
- Dificuldade de decidir e se concentrar
- Desesperança

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pelo menos 2 anos em adultos (1 ano em crianças e adolescentes), sem mais de 2 meses seguidos sem sintomas.

COMEÇO E CURSO

Começo muitas vezes cedo e lento. A pessoa pode achar que sempre foi assim.

NÃO CONFUNDA COM

Depressão maior: No TDM há episódios mais intensos de pelo menos 2 semanas. Os dois podem coexistir.

Ciclotimia: Na ciclotimia há oscilações com sintomas hipomaníacos.

MITO X FATO

✗ É o jeito da pessoa: ela é pessimista mesmo.

✓ Pode ser um quadro clínico tratável, não um traço fixo.

VINHETA

Rafael, 35

Diz que nunca foi uma pessoa animada. Trabalha e cumpre tudo, mas sente que nada tem graça há anos e acha que é assim mesmo.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Organização depressiva, com um superego severo.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças negativas antigas e vida com poucos reforçadores.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Vida no automático, longe dos próprios desejos.

SÓCIO-HISTÓRICA
Adversidades crônicas sustentam o desânimo.

CAI EM PROVA 2 anos em adultos; 1 ano em crianças e adolescentes.

GRUPO · HUMOR

BIPOLAR TIPO I

DSM-5-TR: Transtorno Bipolar Tipo I · **CID-11:** Transtorno bipolar tipo I · grupo dos transtornos do humor

Pelo menos um episódio de mania, que pode alternar com episódios depressivos.

COMO COSTUMA APARECER

- Humor muito elevado, expansivo ou irritável
- Energia aumentada
- Autoestima inflada ou grandiosidade
- Menos necessidade de sono
- Fala acelerada, pensamento rápido
- Distração fácil
- Atos de risco: gastos, sexo, negócios

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: mania por pelo menos 1 semana, quase o dia todo, ou qualquer duração se houver internação. A depressão não é obrigatória.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar no início da vida adulta. Os episódios tendem a se repetir.

NÃO CONFUNDA COM

Bipolar tipo II: No tipo II, há hipomania e nunca mania plena.

Borderline: No borderline, as mudanças duram horas e reagem a situações.

MITO X FATO

✗ Bipolar é quem muda de humor várias vezes no mesmo dia.

✓ O transtorno envolve episódios que duram dias ou semanas, não oscilações de horas.

VINHETA

Tiago, 24

Por dez dias dormiu duas horas por noite, gastou as economias e dizia que ficaria milionário com um aplicativo. A família o levou ao pronto-socorro.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Mania como defesa contra a dor depressiva (as defesas maníacas de Klein).

COMPORTAMENTAL/TCC
Psicoeducação, monitorar o humor, rotina e sono regulares, junto do tratamento médico.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Experiências de intensidade e perda de si; reconstruir a continuidade da vida.

SÓCIO-HISTÓRICA
Estigma e acesso desigual ao tratamento influenciam o curso.

CAI EM PROVA Basta um episódio de mania (1 semana ou internação). Depressão não é obrigatória.

GRUPO · HUMOR

BIPOLAR TIPO II

DSM-5-TR: Transtorno Bipolar Tipo II · **CID-11:** Transtorno bipolar tipo II · grupo dos transtornos do humor

Pelo menos um episódio de hipomania e um episódio depressivo maior, sem nunca ter havido mania.

COMO COSTUMA APARECER

- Períodos de energia e humor elevados, percebidos pelos outros
- Mais produtividade e menos sono
- Na hipomania, sem prejuízo grave
- Episódios depressivos marcantes
- A ajuda costuma ser buscada na depressão
- A hipomania pode passar despercebida

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: hipomania por pelo menos 4 dias seguidos e depressão de pelo menos 2 semanas.

COMEÇO E CURSO

As depressões costumam ser mais longas e frequentes. O diagnóstico muitas vezes demora.

NÃO CONFUNDA COM

Bipolar tipo I: Se houver mania (1 semana ou internação), passa a ser tipo I.

Borderline: No borderline, a instabilidade é reativa e de horas.

MITO X FATO

✗ O tipo II é uma forma leve do bipolar.

✓ Não é mais leve: as depressões podem ser longas e graves.

VINHETA

Júlia, 31

Teve várias semanas de tristeza profunda. Entre elas, dias em que dormia pouco, falava sem parar e terminava projetos inteiros. Achava que eram seus melhores dias.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Oscilação entre defesas maníacas e lutos não elaborados.

COMPORTAMENTAL/TCC
Identificar sinais precoces, cuidar do sono e trabalhar crenças na depressão.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Viver a intensidade sem se perder; integrar as fases da própria história.

SÓCIO-HISTÓRICA
A cultura da produtividade pode valorizar a hipomania e atrasar o diagnóstico.

CAI EM PROVA Hipomania: 4 dias. Mania: 7 dias. No tipo II, nunca houve mania.

GRUPO · HUMOR

CICLOTIMIA

DSM-5-TR: Transtorno Ciclotímico · **CID-11:** Ciclotimia · grupo dos transtornos do humor

Oscilações de humor por anos, com fases hipomaníacas e depressivas que não chegam a episódios completos.

COMO COSTUMA APARECER

- Períodos de ânimo elevado
- Períodos de desânimo
- Sintomas que não fecham um episódio completo
- Mudanças frequentes
- Imprevisibilidade que afeta relações
- Pouco tempo estável

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pelo menos 2 anos em adultos (1 ano em crianças e adolescentes), sem mais de 2 meses seguidos sem sintomas.

COMEÇO E CURSO

Começa muitas vezes na adolescência. Parte das pessoas evolui para bipolar I ou II.

NÃO CONFUNDA COM

Bipolar tipo II: No tipo II há episódios completos de hipomania e depressão.

Borderline: No borderline, a instabilidade é de horas e ligada às relações.

MITO X FATO

✗ É só gente de lua.

✓ É um quadro duradouro que pode afetar estudo, trabalho e vínculos.

VINHETA

Caio, 26

Alterna semanas animado e falante com semanas apagado. Nunca teve crise grave, mas os amigos dizem que nunca sabem qual Caio vão encontrar.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Oscilação entre idealização e desânimo ligada à autoestima.

COMPORTAMENTAL/TCC
Monitorar o humor e os gatilhos; manter rotina estável.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Dificuldade de encontrar um centro estável de si.

SÓCIO-HISTÓRICA
Ambientes instáveis e estresse contínuo favorecem as oscilações.

CAI EM PROVA 2 anos (adultos) com sintomas que não chegam a episódio completo.

GRUPO · PERSONALIDADE

PERSONALIDADE: VISÃO GERAL

O QUE É UM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

- Um jeito de pensar, sentir e se relacionar que se mantém ao longo do tempo.
- Começa na adolescência ou início da vida adulta e aparece em várias situações.
- É rígido e se afasta muito do esperado na cultura da pessoa.
- Traz sofrimento ou prejuízo para a pessoa ou para quem convive com ela.

OS 3 GRUPOS DO DSM-5-TR

A — Afastamento e estranheza

- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípica

B — Intensidade e imprevisibilidade

- Antissocial
- Borderline
- Histriônica
- Narcisista

C — Ansiedade e medo

- Evitativa
- Dependente
- Obsessivo-compulsiva

Macete: A de afastamento, B de intensidade, C de cautela e medo.

E A CID-11?

- Não usa mais os tipos separados. Há um diagnóstico geral de transtorno de personalidade, graduado em leve, moderado ou grave.
- O estilo é descrito por traços: afetividade negativa, desapego, dissocialidade, desinibição e anancastia.
- Existe um qualificador para o padrão borderline.

CUIDADO COM RÓTULOS

- O diagnóstico pede avaliação longa. Em menores de 18 anos, é feito com muita cautela; o antissocial exige 18 anos.
- Personalidade não é sentença: muitos traços se suavizam com o tempo e o tratamento.

NESTE GUIA Borderline · Antissocial · Narcisista · Evitativa · Obsessivo-compulsiva

GRUPO · PERSONALIDADE

BORDERLINE

DSM-5-TR: Transtorno da Personalidade Borderline · **CID-11:** Transtorno de personalidade com qualificador de padrão borderline

Instabilidade marcante nas relações, na autoimagem e nas emoções, com impulsividade.

COMO COSTUMA APARECER

- Esforço intenso para evitar abandono, real ou imaginado
- Relações que oscilam entre idealizar e desvalorizar
- Autoimagem instável
- Impulsividade com risco
- Autolesão ou comportamento suicida
- Humor que muda em horas
- Vazio crônico e raiva intensa

TEMPO E INTENSIDADE

Padrão persistente desde a adolescência ou início da vida adulta, em vários contextos.

COMEÇO E CURSO

Os sintomas tendem a diminuir com o tempo e o tratamento. Muitas pessoas melhoram bastante.

NÃO CONFUNDA COM

Bipolar tipo II: No bipolar, há episódios de dias; aqui, oscilações rápidas e reativas.

TEPT complexo: Há sobreposição; a CID-11 descreve o TEPT complexo ligado a traumas repetidos.

MITO X FATO

✗ Quem tem borderline é manipulador e não melhora.

✓ O sofrimento é real, e há tratamentos com boa resposta, como a DBT.

VINHETA

Larissa, 23

Quando o namorado demora a responder, sente que vai ser abandonada e manda dezenas de mensagens. Em horas, vai do amor à raiva. Às vezes se machuca para aliviar.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Organização limítrofe: cisão e dificuldade de integrar bom e mau (Kernberg).

COMPORTAMENTAL/TCC
Desregulação emocional + ambiente invalidante (Linehan); DBT.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Fome de reconhecimento e de um eu estável.

SÓCIO-HISTÓRICA
Histórias de violência e invalidação são comuns; estigma nos serviços.

⚠ Autolesão e pensamentos suicidas pedem cuidado imediato: CVV 188 ou SAMU 192.

CAI EM PROVA Medo de abandono, instabilidade e impulsividade. Oscilação de horas, não de dias.

GRUPO · PERSONALIDADE

ANTISSOCIAL

DSM-5-TR: Transtorno da Personalidade Antissocial · **CID-11:** Transtorno de personalidade com traço proeminente de dissocialidade

Padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.

COMO COSTUMA APARECER

- Desrespeito a leis e normas
- Mentiras e manipulação para tirar vantagem
- Impulsividade
- Irritabilidade e agressões
- Descaso com a segurança própria e alheia
- Irresponsabilidade no trabalho e com dinheiro
- Pouco remorso

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pessoa com pelo menos 18 anos e sinais de transtorno da conduta antes dos 15.

COMEÇO E CURSO

Fica mais evidente no início da vida adulta e pode atenuar com a idade.

NÃO CONFUNDA COM

Psicopatia: É um construto de pesquisa, avaliado por escalas próprias; não é diagnóstico do DSM.

Uso de substâncias: Condutas só durante o uso não bastam para o diagnóstico.

MITO X FATO

✗ Todo psicopata é assassino.

✓ A maioria das pessoas com traços antissociais não comete violência grave. E psicopata não é diagnóstico oficial.

VINHETA

Rodrigo, 32

Coleciona processos por golpes. Fala com charme, promete devolver o dinheiro e some. Confrontado, diz que as vítimas foram ingênuas.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Falhas na formação do superego e na capacidade de culpa.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças de que regras não valem para si; histórico de reforço de condutas agressivas.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Dificuldade de encontro genuíno com o outro.

SÓCIO-HISTÓRICA
Desigualdade e exclusão; cuidado para não criminalizar a pobreza.

CAI EM PROVA Idade mínima de 18 anos + transtorno da conduta antes dos 15.

GRUPO · PERSONALIDADE

NARCISISTA

DSM-5-TR: Transtorno da Personalidade Narcisista · **CID-11:** Na CID-11, descrito por gravidade e traços (sem tipo narcisista próprio)

Padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e pouca empatia.

COMO COSTUMA APARECER

- Sensação exagerada de importância
- Fantasias de sucesso e poder
- Sentir-se especial
- Necessidade constante de admiração
- Achar que merece tratamento especial
- Explorar os outros
- Pouca empatia, inveja e arrogância

TEMPO E INTENSIDADE

Padrão persistente desde o início da vida adulta, em vários contextos.

COMEÇO E CURSO

Pode haver autoestima frágil por trás da grandiosidade. Mudanças são possíveis com tratamento.

NÃO CONFUNDA COM

Autoestima alta: Confiança saudável não vem com desprezo pelo outro.

Antissocial: No antissocial, o foco é tirar vantagem e violar regras; aqui, ser admirado.

MITO X FATO

✗ Narcisista é qualquer pessoa egoísta, ou o ex que me tratou mal.

✓ É um padrão rígido e duradouro, diagnosticado por profissional. Egoísmo pontual não é transtorno.

VINHETA

Eduardo, 45

Diz que é o único competente da empresa. Cobra elogios, explode quando é criticado e não percebe a equipe sobrecarregada.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Feridas narcísicas e investimento excessivo no eu (Kohut, Kernberg).

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças de ser superior, ou de não valer nada sem admiração.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Falso self que protege um eu frágil.

SÓCIO-HISTÓRICA
Cultura da imagem e da comparação valoriza a exibição.

CAI EM PROVA Grandiosidade + necessidade de admiração + falta de empatia. Grupo B.

GRUPO · PERSONALIDADE

EVITATIVA

DSM-5-TR: Transtorno da Personalidade Evitativa · **CID-11:** Na CID-11, descrito por gravidade e traços (afetividade negativa, desapego)

Inibição social, sensação de inadequação e muita sensibilidade a críticas.

COMO COSTUMA APARECER

- Evitar atividades com muito contato por medo de crítica
- Só se envolver com certeza de ser aceito
- Contenção nas relações íntimas por medo de vergonha
- Preocupação em ser rejeitado
- Sentir-se inferior
- Evitar riscos e novidades

TEMPO E INTENSIDADE

Padrão persistente desde o início da vida adulta.

COMEÇO E CURSO

Costuma aparecer cedo, com timidez na infância. Pode melhorar com o tempo e o tratamento.

NÃO CONFUNDA COM

Ansiedade social: Há muita sobreposição; a evitativa é mais ampla e ligada à autoimagem.

Esquizoide: O esquizoide tem pouco interesse por vínculos; o evitativo deseja, mas teme.

MITO X FATO

✗ Quem é evitativo não quer ninguém por perto.

✓ A pessoa deseja vínculos, mas tem muito medo de rejeição.

VINHETA

Priscila, 28

Recusou ser coordenadora porque teria que falar em reuniões. Gosta dos colegas, mas evita os encontros fora do trabalho para não ser julgada.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Vergonha e medo de exposição diante de um ideal severo.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças de inadequação e esquiva que impedem testar o contrário.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Medo de mostrar o verdadeiro eu.

SÓCIO-HISTÓRICA
Bullying e exclusão marcam a autoimagem.

CAI EM PROVA Grupo C. Diferente do esquizoide: o evitativo quer vínculo.

GRUPO · PERSONALIDADE

OBSESSIVO-COMPULSIVA (TPOC)

DSM-5-TR: Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva · **CID-11:** Na CID-11, aproxima-se do traço de anancastia

Preocupação excessiva com ordem, perfeccionismo e controle, à custa da flexibilidade.

COMO COSTUMA APARECER

- Foco em detalhes, regras, listas e ordem
- Perfeccionismo que atrapalha terminar tarefas
- Dedicação excessiva ao trabalho
- Rigidez moral
- Dificuldade de descartar objetos
- Dificuldade de delegar
- Teimosia e controle de gastos

TEMPO E INTENSIDADE

Padrão persistente desde o início da vida adulta.

COMEÇO E CURSO

A própria pessoa costuma ver os traços como corretos.

NÃO CONFUNDA COM

TOC: No TOC há obsessões e rituais vividos como estranhos; no TPOC, traços vistos como certos.

Capricho: Ser caprichoso não é transtorno se não houver rigidez e prejuízo.

MITO X FATO

✗ TPOC e TOC são a mesma coisa.

✓ São diferentes: um é transtorno de personalidade (grupo C), o outro é o TOC.

VINHETA

Sérgio, 50

Refaz os relatórios da equipe porque ninguém faz do jeito certo. Trabalha nos fins de semana e acha que a família exagera ao reclamar.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Caráter anal: ordem, parcimônia e obstinação (Freud).

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças de que errar é inaceitável e de que é preciso controlar tudo.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Medo de se entregar à espontaneidade.

SÓCIO-HISTÓRICA
Ambientes de alta cobrança reforçam a rigidez.

CAI EM PROVA TPOC é egossintônico (parece certo); o TOC costuma ser egodistônico (incomoda).

GRUPO · NEURODESENVOLVIMENTO

ESPECTRO AUTISTA (TEA)

DSM-5-TR: Transtorno do Espectro Autista · **CID-11:** Transtorno do espectro do autismo · grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento

Diferenças persistentes na comunicação e interação social, com padrões restritos e repetitivos, desde o início do desenvolvimento.

COMO COSTUMA APARECER

- Dificuldades na troca social
- Diferenças na comunicação não verbal (olhar, gestos)
- Dificuldades em criar e manter relações
- Movimentos ou falas repetitivas
- Apego a rotinas, resistência a mudanças
- Interesses intensos e focados
- Sensibilidade sensorial aumentada ou diminuída

TEMPO E INTENSIDADE

Sinais desde o início do desenvolvimento, mesmo que só fiquem claros quando as demandas sociais aumentam.

COMEÇO E CURSO

Condição para a vida toda. O apoio necessário varia muito: o DSM-5-TR descreve níveis de suporte 1, 2 e 3.

NÃO CONFUNDA COM

TDAH: Podem coexistir; no TDAH, o centro é atenção e impulsividade.

Deficiência intelectual: Podem coexistir; no TEA, a dificuldade social vai além do nível intelectual.

MITO X FATO

✗ Autismo tem cara.

✓ Não existe aparência típica. O espectro inclui perfis muito diferentes.

VINHETA

Gabriel, 8

Sabe tudo sobre trens e fala disso por horas. Tapa os ouvidos no recreio barulhento e fica muito nervoso quando a rotina muda sem aviso.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Escuta da constituição do sujeito e do laço com o outro. A antiga ideia de culpar a mãe foi abandonada.

COMPORTAMENTAL/TCC
Intervenções para habilidades, com respeito às necessidades e ao jeito da pessoa.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Respeitar o jeito próprio de perceber e estar no mundo.

SÓCIO-HISTÓRICA
Inclusão escolar, acessibilidade e combate ao capacitismo.

CAI EM PROVA Duas áreas: comunicação social + padrões restritos e repetitivos. Níveis de suporte 1, 2 e 3.

GRUPO · NEURODESENVOLVIMENTO

TDAH

DSM-5-TR: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade · **CID-11:** TDAH · grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento

Padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que atrapalha o funcionamento.

COMO COSTUMA APARECER

- Dificuldade de manter a atenção e organizar tarefas
- Perder objetos, esquecer compromissos
- Distrair-se com facilidade
- Inquietação, dificuldade de ficar parado
- Falar demais, interromper
- Dificuldade de esperar a vez
- Procrastinação crônica

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: sintomas por pelo menos 6 meses, vários deles antes dos 12 anos, em dois ou mais ambientes.

COMEÇO E CURSO

Começa na infância. Em adultos, a agitação diminui e a desatenção pode persistir. Apresentações: desatenta, hiperativa-impulsiva ou combinada.

NÃO CONFUNDA COM

Ansiedade: Na ansiedade, a desatenção vem da preocupação; no TDAH, existe desde a infância.

Agitação da idade: Crianças pequenas são agitadas; o TDAH vai além do esperado e traz prejuízo.

MITO X FATO

✗ TDAH é falta de limite ou preguiça.

✓ É uma condição do neurodesenvolvimento, com prejuízo real.

VINHETA

Mateus, 10

Começa a lição e logo levanta, perde o lápis, conversa. Esquece a mochila duas vezes por semana. Em casa e na escola, a queixa é a mesma.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Escuta do lugar do sintoma na história da criança e da família.

COMPORTAMENTAL/TCC
Treino de organização, rotinas, reforço e planejamento.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Acolher a pessoa sem reduzi-la ao rótulo.

SÓCIO-HISTÓRICA
Crítica à medicalização da educação; olhar para as condições da escola.

CAI EM PROVA Vários sintomas antes dos 12 anos, por 6 meses, em 2 ou mais ambientes.

GRUPO · NEURODESENVOLVIMENTO

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

DSM-5-TR: Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) · **CID-11:** Transtornos do desenvolvimento intelectual · grupo do neurodesenvolvimento

Limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que começam no período do desenvolvimento.

COMO COSTUMA APARECER

- Dificuldade em raciocinar, resolver problemas e aprender
- Dificuldade em habilidades práticas do dia a dia
- Dificuldades sociais de comunicação e julgamento
- Necessidade de apoio para ter autonomia
- Atraso em marcos do desenvolvimento

TEMPO E INTENSIDADE

Início durante o período do desenvolvimento.

COMEÇO E CURSO

Condição estável, com desenvolvimento contínuo. Níveis (leve, moderado, grave, profundo) definidos pelo funcionamento adaptativo.

NÃO CONFUNDA COM

Transtorno da aprendizagem: Nele, a dificuldade é em uma área, com inteligência geral preservada.

TEA: Podem coexistir; o TEA envolve comunicação social e padrões repetitivos.

MITO X FATO

✗ A gravidade é definida só pelo QI.

✓ O DSM-5-TR define os níveis pelo funcionamento adaptativo, não só pelo QI.

VINHETA

Ana, 16

Gosta de ajudar na cozinha da escola, mas precisa de apoio para lidar com dinheiro e pegar ônibus. Com rotina visual, ganhou autonomia nas tarefas.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Escuta do sujeito para além do déficit.

COMPORTAMENTAL/TCC
Ensino estruturado de habilidades e apoio à autonomia.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Valorizar potenciais e escolhas da pessoa.

SÓCIO-HISTÓRICA
Vygotsky: a deficiência também é social; o meio pode incluir ou excluir.

CAI EM PROVA Níveis pelo funcionamento adaptativo; início no período do desenvolvimento.

GRUPO · NEURODESENVOLVIMENTO

TRANSTORNO DA APRENDIZAGEM

DSM-5-TR: Transtorno Específico da Aprendizagem · **CID-11:** Transtorno do desenvolvimento da aprendizagem · grupo do neurodesenvolvimento

Dificuldade persistente em ler, escrever ou calcular, abaixo do esperado para a idade, sem ser explicada por deficiência intelectual ou falta de ensino.

COMO COSTUMA APARECER

- Leitura lenta e com esforço (dislexia)
- Dificuldade em entender o que lê
- Muitos erros de ortografia
- Dificuldade de organizar a escrita
- Dificuldade com números e cálculos (discalculia)
- Desempenho bem abaixo do esperado na área

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: dificuldades por pelo menos 6 meses, apesar de intervenções dirigidas.

COMEÇO E CURSO

Aparece na idade escolar. Pode persistir na vida adulta, com estratégias de compensação.

NÃO CONFUNDA COM

Deficiência intelectual: Na DI, as dificuldades são amplas; aqui, são específicas.

Falta de ensino: Dificuldade por ensino precário não é transtorno.

MITO X FATO

✗ Dislexia é preguiça ou falta de estudo.

✓ É uma dificuldade específica do neurodesenvolvimento. Não tem a ver com esforço.

VINHETA

Pedro, 9

Entende tudo quando a professora explica, mas lê devagar, troca letras e se cansa. Em contas feitas de cabeça, vai muito bem.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O lugar do aprender na história da criança e da família.

COMPORTAMENTAL/TCC
Treino específico de habilidades e estratégias.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Proteger a autoestima e o desejo de aprender.

SÓCIO-HISTÓRICA
Muitas dificuldades são produzidas pela escola e pela desigualdade; avaliar o contexto.

CAI EM PROVA 6 meses de dificuldade apesar de intervenção; excluir falta de ensino e DI.

GRUPO · PSICÓTICOS

ESQUIZOFRENIA

DSM-5-TR: Esquizofrenia · **CID-11:** Esquizofrenia · grupo da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos primários

Quadro com delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos, que dura meses e afeta o funcionamento.

COMO COSTUMA APARECER

- Delírios
- Alucinações, muitas vezes auditivas
- Discurso desorganizado
- Comportamento desorganizado ou catatônico
- Sintomas negativos: menos expressão e menos iniciativa
- Queda no trabalho, no estudo ou no autocuidado

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: sinais por pelo menos 6 meses, com pelo menos 1 mês de sintomas ativos (menos, se tratados).

COMEÇO E CURSO

Costuma começar entre o fim da adolescência e os 30 e poucos anos. Curso variável, com possibilidade de recuperação.

NÃO CONFUNDA COM

Esquizoafetivo: No esquizoafetivo, há episódios de humor em boa parte do quadro.

Transtorno delirante: No delirante, há delírios sem desorganização nem prejuízo amplo.

MITO X FATO

✗ Esquizofrenia é ter dupla personalidade.

✓ Não. Múltiplas identidades é outro quadro (dissociativo). Esquizofrenia envolve psicose.

VINHETA

Henrique, 21

No segundo ano da faculdade, passou a ouvir vozes que comentavam o que ele fazia. Largou as aulas, parou de tomar banho e dizia que os vizinhos puseram câmeras em casa.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA

Psicose: para Lacan, a foraclusão do Nome-do-Pai; para Freud, o delírio como tentativa de cura.

COMPORTAMENTAL/TCC

TCC para psicose: lidar com vozes e crenças, reduzir o sofrimento.

HUMANISTA-EXISTENCIAL

Escutar a experiência sem reduzir a pessoa à doença.

SÓCIO-HISTÓRICA

Reforma psiquiátrica, CAPS e cuidado em liberdade; combate ao estigma.

CAI EM PROVA 6 meses no total, com 1 mês de sintomas ativos. DSM-5-TR e CID-11 não usam mais os subtipos clássicos.

GRUPO · PSICÓTICOS

TRANSTORNO DELIRANTE

DSM-5-TR: Transtorno Delirante · **CID-11:** Transtorno delirante · grupo da esquizofrenia ou outros psicóticos primários

Um ou mais delírios por pelo menos 1 mês, sem os outros sintomas marcantes da esquizofrenia.

COMO COSTUMA APARECER

- Delírio persistente: ciúme, perseguição, grandeza, erotomania, somático
- Comportamento preservado fora do tema
- Alucinações, se houver, discretas e ligadas ao delírio
- Pouco prejuízo fora do tema
- Pouca crítica sobre o delírio

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: delírios por pelo menos 1 mês.

COMEÇO E CURSO

Mais comum na vida adulta média e tardia. Pode ser duradouro.

NÃO CONFUNDA COM

Esquizofrenia: Na esquizofrenia há desorganização e prejuízo amplo.

Ciúme comum: No ciúme comum há dúvida e abertura a evidências; no delírio, certeza inabalável.

MITO X FATO

✗ Delírio é qualquer ideia estranha.

✓ Delírio é crença fixa, que não muda diante de evidências claras e não é compartilhada pela cultura.

VINHETA

Seu Antônio, 58

Tem certeza de que o vizinho entra em sua casa para envenenar a água. Trabalha e conversa normalmente sobre outros assuntos.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Paranoia como defesa: Freud estudou o caso Schreber.

COMPORTAMENTAL/TCC
Trabalhar a rigidez da crença com cuidado, sem confronto direto.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Compreender o mundo da pessoa a partir do delírio.

SÓCIO-HISTÓRICA
Isolamento e experiências reais de perseguição podem contribuir.

CAI EM PROVA 1 mês de delírio, sem o quadro completo da esquizofrenia.

GRUPO · PSICÓTICOS

ESQUIZOAFETIVO

DSM-5-TR: Transtorno Esquizoafetivo · **CID-11:** Transtorno esquizoafetivo · grupo da esquizofrenia ou outros psicóticos primários

Sintomas de esquizofrenia junto com episódios de humor (mania ou depressão) durante grande parte do tempo.

COMO COSTUMA APARECER

- Delírios e alucinações
- Episódios depressivos ou maníacos
- Desorganização
- Humor alterado na maior parte do quadro
- Prejuízo no funcionamento

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: delírios ou alucinações por 2 semanas ou mais sem episódio de humor, e humor alterado na maior parte da duração total.

COMEÇO E CURSO

Curso variável e em geral prolongado. Exige acompanhamento contínuo.

NÃO CONFUNDA COM

Bipolar com psicose: No bipolar, a psicose aparece só durante os episódios de humor.

Esquizofrenia: Na esquizofrenia, os episódios de humor são breves em relação ao quadro todo.

MITO X FATO

✗ É metade esquizofrenia, metade bipolar.

✓ É um diagnóstico próprio, com critérios específicos.

VINHETA

Vanessa, 33

Teve meses de euforia com ideias de ter sido escolhida para uma missão. Depois, com o humor já estável, continuou ouvindo vozes por semanas.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Psicose com intensa oscilação afetiva.

COMPORTAMENTAL/TCC
Combina estratégias para psicose e para humor.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Acolher experiências intensas e fragmentadas.

SÓCIO-HISTÓRICA
Rede de apoio, CAPS e trabalho em equipe.

CAI EM PROVA Psicose por 2 semanas sem sintomas de humor: é a chave para diferenciar do bipolar.

GRUPO · ALIMENTARES

ANOREXIA NERVOSA

DSM-5-TR: Anorexia Nervosa · **CID-11:** Anorexia nervosa · grupo dos transtornos alimentares

Restrição alimentar que leva a peso muito baixo, com medo intenso de engordar e percepção alterada do corpo.

COMO COSTUMA APARECER

- Restrição do que come
- Peso significativamente baixo para idade e saúde
- Medo intenso de ganhar peso
- Comportamentos para evitar engordar
- Percepção distorcida do corpo
- Pouca noção da gravidade

TEMPO E INTENSIDADE

Não há duração mínima. No adulto, a gravidade é estimada pelo IMC.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar na adolescência. Pode ter complicações médicas graves e exige cuidado de equipe.

NÃO CONFUNDA COM

Bulimia: Na bulimia, o peso costuma estar normal ou acima.

Falta de apetite na depressão: Na depressão, não há medo de engordar nem distorção da imagem.

MITO X FATO

✗ Anorexia é vaidade.

✓ É um transtorno grave, com risco de vida, ligado a sofrimento emocional profundo.

VINHETA

Clara, 16

Corta refeições, corre todos os dias e se pesa várias vezes. Está muito abaixo do peso, mas diz que ainda vê barriga no espelho.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O corpo como lugar de controle e de recusa.

COMPORTAMENTAL/TCC
Crenças sobre peso e forma; reabilitação alimentar com equipe.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Busca de controle e de identidade.

SÓCIO-HISTÓRICA
Padrões de beleza, gordofobia e pressão das redes.

CAI EM PROVA Peso baixo + medo de engordar + imagem distorcida. Tipos: restritivo e compulsivo-purgativo.

GRUPO · ALIMENTARES

BULIMIA NERVOSA

DSM-5-TR: Bulimia Nervosa · **CID-11:** Bulimia nervosa · grupo dos transtornos alimentares

Episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos para compensar, com autoestima muito presa ao corpo.

COMO COSTUMA APARECER

- Comer grande quantidade em pouco tempo
- Sensação de perder o controle
- Vômito, laxantes, jejum ou exercício excessivo
- Autoestima presa à forma do corpo
- Segredo e vergonha
- Peso em geral normal ou acima

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: compulsões e compensações, em média, 1 vez por semana por 3 meses.

COMEÇO E CURSO

Costuma começar na adolescência ou início da vida adulta.

NÃO CONFUNDA COM

Compulsão alimentar: Na compulsão alimentar não há compensação.

Anorexia: Na anorexia, o peso está significativamente baixo.

MITO X FATO

✗ Bulimia é só vomitar depois de comer.

✓ O centro é o ciclo compulsão-compensação e a autoestima presa ao corpo.

VINHETA

Mariana, 20

Passa o dia sem comer. À noite, come muito escondida e depois provoca vômito. Isso acontece duas vezes por semana há meses.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Ciclo de excesso e expulsão ligado a conflitos e afetos.

COMPORTAMENTAL/TCC
Romper o ciclo restrição, compulsão e compensação.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Relação de guerra com o próprio corpo.

SÓCIO-HISTÓRICA
Cultura da dieta e do corpo ideal.

CAI EM PROVA 1 vez por semana por 3 meses, com comportamento compensatório.

GRUPO · ALIMENTARES

COMPULSÃO ALIMENTAR

DSM-5-TR: Transtorno de Compulsão Alimentar · **CID-11:** Transtorno de compulsão alimentar · grupo dos transtornos alimentares

Episódios repetidos de comer grandes quantidades com perda de controle, sem comportamentos para compensar.

COMO COSTUMA APARECER

- Comer muito mais rápido que o normal
- Comer até ficar desconfortável
- Comer muito sem fome
- Comer sozinho por vergonha
- Culpa e nojo depois
- Sem vômito ou laxante para compensar

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: pelo menos 1 vez por semana por 3 meses.

COMEÇO E CURSO

Pode começar em qualquer idade. É o transtorno alimentar mais frequente em adultos.

NÃO CONFUNDA COM

Bulimia: Na bulimia há compensação.

Exagero ocasional: Exagerar numa festa não envolve perda de controle repetida e sofrimento.

MITO X FATO

✗ É falta de força de vontade.

✓ É um transtorno com sofrimento real. Dietas muito restritivas podem até piorar o ciclo.

VINHETA

Roberto, 42

Depois de dias difíceis, come um pacote inteiro de biscoitos e mais o jantar, rápido, sozinho no carro. Depois sente vergonha e promete começar a dieta.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Comer como forma de lidar com angústia e vazio.

COMPORTAMENTAL/TCC
Refeições regulares e manejo de gatilhos emocionais.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Reconectar-se com os sinais do corpo.

SÓCIO-HISTÓRICA
Estigma do peso e insegurança alimentar.

CAI EM PROVA Diferença para a bulimia: não há comportamento compensatório.

GRUPO · OUTROS

USO DE ÁLCOOL

DSM-5-TR: Transtorno por Uso de Álcool · **CID-11:** Transtornos devidos ao uso de álcool (padrão nocivo e dependência)

Padrão de uso de álcool que traz prejuízo ou sofrimento importantes.

COMO COSTUMA APARECER

- Beber mais ou por mais tempo do que pretendia
- Tentar parar e não conseguir
- Muito tempo para conseguir, beber ou se recuperar
- Fissura, vontade intensa
- Prejuízo no trabalho, estudo ou família
- Tolerância: precisar de mais
- Abstinência ao parar

TEMPO E INTENSIDADE

DSM-5-TR: 2 ou mais de 11 critérios em 12 meses. Leve: 2-3. Moderado: 4-5. Grave: 6 ou mais.

COMEÇO E CURSO

Muitas vezes começa no fim da adolescência ou início da vida adulta. Recaídas fazem parte do processo de muitas pessoas.

NÃO CONFUNDA COM

Uso social: No uso social, não há perda de controle nem prejuízo repetido.

Intoxicação: Intoxicação é o estado agudo; o transtorno é um padrão no tempo.

MITO X FATO

✗ Só é alcoolismo se beber todo dia.

✓ O que conta é o padrão de perda de controle e de prejuízo, não só a frequência.

VINHETA

Jorge, 47

Promete não beber durante a semana, mas não consegue. Já faltou ao trabalho e brigou com a esposa por isso. Quando para, fica trêmulo e irritado.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
O álcool como recurso para lidar com a angústia.

COMPORTAMENTAL/TCC
Prevenção de recaída, entrevista motivacional, manejo de gatilhos.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Vazio e busca de sentido.

SÓCIO-HISTÓRICA
Redução de danos, CAPS AD e políticas públicas.

CAI EM PROVA 2 de 11 critérios em 12 meses; a gravidade depende do número de critérios.

GRUPO · OUTROS

NEUROCOGNITIVO MAIOR

DSM-5-TR: Transtorno Neurocognitivo Maior · **CID-11:** Demência · grupo dos transtornos neurocognitivos

Declínio importante em uma ou mais funções cognitivas, a ponto de atrapalhar a independência no dia a dia.

COMO COSTUMA APARECER

- Esquecimentos que atrapalham a rotina
- Dificuldade de achar palavras
- Desorientação no tempo e no espaço
- Dificuldade de planejar e resolver problemas
- Mudanças de comportamento e personalidade
- Perda de autonomia: contas, remédios

TEMPO E INTENSIDADE

Declínio em relação a um nível anterior. Sem perda de independência, fala-se em transtorno neurocognitivo leve.

COMEÇO E CURSO

Mais comum em pessoas idosas. Em geral progressivo, conforme a causa: Alzheimer, vascular, corpos de Lewy, frontotemporal...

NÃO CONFUNDA COM

Envelhecimento comum: No envelhecimento, há lentidão leve, sem perda de autonomia.

Delirium: No delirium, a confusão surge rápido, oscila e tem causa médica aguda.

MITO X FATO

✗ Esquecer é normal da idade, não precisa investigar.

✓ Esquecimentos que afetam a autonomia merecem avaliação. Algumas causas são tratáveis.

VINHETA

Dona Cecília, 79

Passou a se perder no bairro onde vive há 40 anos, repete as mesmas perguntas e já esqueceu o fogão aceso. A filha assumiu as contas da casa.

PELAS LENTES

PSICANALÍTICA
Escuta do sujeito e da família diante das perdas.

COMPORTAMENTAL/TCC
Estimulação cognitiva, rotinas e apoio a cuidadores.

HUMANISTA-EXISTENCIAL
Preservar a dignidade e a identidade da pessoa.

SÓCIO-HISTÓRICA
Rede de cuidado, sobrecarga de cuidadoras e políticas para pessoas idosas.

CAI EM PROVA Maior x leve: a diferença é a perda de independência.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 1 DE 8

TAG X PÂNICO

TAG × **Pânico**

	TAG	Pânico
O que domina	Preocupação contínua com vários temas	Crises súbitas de medo intenso
Como começa	Aos poucos, difuso	Pico em poucos minutos
Tempo (DSM-5-TR)	6 meses	Crises repetidas + 1 mês de medo de novas
No corpo	Tensão muscular, cansaço	Coração disparado, falta de ar, tontura
Medo central	Que algo ruim aconteça	Da próxima crise, de morrer ou enlouquecer
Comportamento	Busca de garantias	Evitar lugares e esforço

DICA DE OURO Pergunte: é uma onda que chega e vai embora, ou uma névoa que nunca sai?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 2 DE 8

BIPOLAR II X BORDERLINE

Bipolar II × **Borderline**

	Bipolar II	Borderline
Duração das mudanças	Dias a semanas (hipomania 4 dias; depressão 2 semanas)	Horas
Gatilho	Pode vir sem motivo aparente	Ligado a relações e medo de abandono
Entre as fases	Períodos de humor estável	Instabilidade contínua
Sono	Menos necessidade de sono na hipomania	Não é o marcador central
Autoimagem	Estável fora dos episódios	Instável de forma persistente
Base do cuidado	Medicação e psicoterapia	Psicoterapia (como a DBT) como base

DICA DE OURO Podem coexistir. O tempo de cada oscilação é a primeira pista.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 3 DE 8

TOC X TPOC

TOC × **TPOC**

	TOC	TPOC
Natureza	Obsessões e compulsões	Traço de personalidade
Como a pessoa vive	Em geral incomoda e parece estranho	Parece certo e razoável
Pensamentos intrusivos	Sim	Não
Rituais	Sim, para aliviar a angústia	Não; regras, ordem e controle
Grupo	Obsessivo-compulsivo e relacionados	Personalidade, grupo C
Exemplo	Lavar as mãos 40 vezes por medo de contaminar a família	Exigir que tudo no trabalho seja feito do seu jeito

DICA DE OURO Quem tem TOC costuma querer se livrar dos sintomas. No TPOC, a pessoa acha que os outros é que deveriam mudar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 4 DE 8

TIMIDEZ X ANSIEDADE SOCIAL

Timidez × **Ansiedade social**

	Timidez	Ansiedade social
O que é	Traço comum de temperamento	Transtorno de ansiedade
Intensidade	Desconforto que passa ao se ambientar	Medo intenso e persistente
Esquiva	Pouca	Evita ou sofre muito
Prejuízo	Pequeno	Perde chances de estudo, trabalho e vínculos
Antes do evento	Pouca antecipação	Dias ou semanas de angústia
Tempo	Traço estável, sem sofrimento importante	Em geral 6 meses ou mais

DICA DE OURO A pergunta não é se a pessoa é tímida, e sim quanto o medo decide a vida dela.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 5 DE 8

TRISTEZA X DEPRESSÃO

Tristeza × **Depressão**

	Tristeza	Depressão
Motivo	Em geral ligado a um fato	Pode ou não ter um gatilho claro
Duração	Dias; vai e volta	Pelo menos 2 semanas, quase todo dia
Prazer	Ainda sente prazer em algumas coisas	Perda de interesse e prazer
Corpo	Pouco afetado	Sono, apetite e energia alterados
Autoimagem	Preservada	Culpa e sensação de inutilidade
Vida	Segue funcionando	Prejuízo no trabalho, estudo e relações

DICA DE OURO Tristeza é uma emoção. Depressão é um quadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 6 DE 8

LUTO X DEPRESSÃO X LUTO PROLONGADO

Luto esperado | **Depressão** | **Luto prolongado**

	Luto esperado	Depressão	Luto prolongado
Foco da dor	Quem morreu, em ondas	Tudo, de forma difusa	Quem morreu, de forma intensa e constante
Autoestima	Preservada	Culpa e inutilidade	Sensação de que parte de si morreu
Prazer	Volta aos poucos	Perdido de modo geral	Difícil retomar a vida
Tempo	Sem prazo; diminui aos poucos	2 semanas de sintomas	12 meses (DSM-5-TR) ou 6 meses (CID-11)
Humor	Saudade com momentos de alívio	Tristeza persistente	Anseio e preocupação constantes

DICA DE OURO O luto não é doença. Mesmo assim, o DSM-5-TR permite diagnosticar depressão durante o luto, se os critérios estiverem presentes, com julgamento clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 7 DE 8

TDAH X ANSIEDADE

TDAH × **Ansiedade**

	TDAH	Ansiedade
Início	Infância, antes dos 12 anos	Pode começar em qualquer idade
Por que se distrai	Dificuldade constante de sustentar a atenção	Mente ocupada com preocupações
Inquietação	Motora, desde cedo	Tensão e nervosismo
Quando aparece	Em vários ambientes, mesmo sem estresse	Piora com ameaças e incertezas
Pensamentos	Pulam de um tema a outro	Voltam sempre aos mesmos temas
Podem coexistir?	Sim	Sim

DICA DE OURO Pergunte desde quando. O TDAH tem história na infância.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 8 DE 8

ALUCINAÇÃO X DELÍRIO

Alucinação x **Delírio**

	Alucinação	Delírio
O que é	Percepção sem estímulo real	Crença fixa e falsa
Área	Percepção: ouvir, ver, sentir	Pensamento: o conteúdo
Exemplo	Ouvir vozes que ninguém mais ouve	Certeza de ser perseguido pela polícia
Diante de provas	A experiência é vivida como real	A crença não muda
Não confundir com	Ilusão: percepção distorcida de algo real	Crença cultural compartilhada
Aparece em	Psicoses, uso de substâncias, condições médicas	Psicoses, transtorno delirante

DICA DE OURO Alucinação é do perceber. Delírio é do crer.

MITOS DA INTERNET

O que a frase quer dizer e o que o termo significa de verdade. Sem julgar quem fala.

"Todo mundo é um pouco TOC."

A PESSOA QUER DIZER
Gosto de organização.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
TOC envolve pensamentos intrusivos e rituais que tomam horas e causam sofrimento.

"Fulano é bipolar: muda de humor toda hora."

A PESSOA QUER DIZER
Ele oscila muito.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Bipolar envolve episódios de mania ou hipomania e depressão que duram dias ou semanas.

"Meu ex é narcisista."

A PESSOA QUER DIZER
Ele foi egoísta comigo.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
O transtorno é um padrão rígido e duradouro de grandiosidade e pouca empatia, avaliado por profissional.

"Isso foi um trauma."

A PESSOA QUER DIZER
Foi muito ruim.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
No TEPT, trauma é morte, ameaça grave, ferimento grave ou violência sexual. E nem todo trauma vira TEPT.

"Ansiedade é frescura."

A PESSOA QUER DIZER
É só se acalmar.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Ansiedade é uma emoção normal; os transtornos de ansiedade trazem sofrimento real e têm tratamento.

MITOS DA INTERNET (2)

"Depressão é tristeza forte."

A PESSOA QUER DIZER
Ele está muito triste.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Depressão mexe com humor, prazer, sono, apetite, energia e pensamento por pelo menos 2 semanas.

"Ele não tem cara de autista."

A PESSOA QUER DIZER
Parece uma pessoa típica.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Autismo não tem aparência. É um espectro de perfis muito diferentes.

"Ela é esquizofrênica, vive confusa."

A PESSOA QUER DIZER
É desorganizada.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Esquizofrenia é um transtorno psicótico. Usar o nome como adjetivo reforça o estigma.

"Psicopata é todo assassino."

A PESSOA QUER DIZER
Alguém cruel.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Psicopatia não é diagnóstico do DSM, e a maioria das pessoas com traços antissociais não comete homicídio.

"Surtei com a prova."

A PESSOA QUER DIZER
Fiquei muito nervoso.

O QUE O TERMO SIGNIFICA
Surto costuma se referir a uma crise psicótica, com perda de contato com a realidade.

35 QUESTÕES

Foco em diferenciais e tempos de critério. Gabarito comentado no fim.

Ansiedade

1 Pelo DSM-5-TR, a duração mínima exigida para o TAG é de:

A) 3 meses
B) 6 meses
C) 2 semanas
D) 1 mês
E) 2 anos

2 Crises súbitas e inesperadas de medo intenso, seguidas de 1 mês de preocupação com novas crises, indicam:

A) Transtorno de Pânico
B) TAG
C) TOC
D) Fobia específica
E) Ansiedade social

3 Uma pessoa evita filas, ônibus e shopping por medo de passar mal e não conseguir sair. O quadro mais provável é:

A) TAG
B) ansiedade social
C) agorafobia
D) fobia específica
E) TEPT

4 O que diferencia ansiedade social de timidez?

A) falar baixo
B) a intensidade do medo, a esquiva e o prejuízo na vida
C) a idade de início
D) ter ou não amigos
E) o gênero da pessoa

5 Desmaiar ao ver sangue é característico de qual subtipo de fobia específica?

A) agorafóbico
B) situacional
C) ambiente natural
D) sangue-injeção-ferimentos
E) animal

Obsessivo-compulsivo e trauma

6 No TOC, a compulsão é:

A) um ato físico ou mental feito para aliviar a angústia
B) um pensamento intrusivo
C) um traço de personalidade
D) uma alucinação
E) um delírio

7 Sintomas após um trauma que duram de 3 dias a 1 mês caracterizam:

A) TAG
B) fobia específica
C) transtorno de estresse agudo
D) luto prolongado
E) TEPT

8 Para o TEPT, o DSM-5-TR exige que os sintomas durem:

A) 2 semanas
B) 3 dias
C) mais de 1 mês
D) mais de 6 meses
E) 12 meses

9 No DSM-5-TR, o luto prolongado em adultos exige pelo menos:

A) 6 semanas
B) 3 meses
C) 12 meses desde a morte
D) 2 semanas
E) 2 anos

10 Qual afirmação sobre trauma está correta?

A) TEPT só ocorre em militares.
B) Nem todo evento difícil é trauma no sentido do TEPT, e nem todo trauma leva a TEPT.
C) Qualquer frustração é um trauma.
D) O TEPT sempre começa no dia do evento.
E) Todo trauma gera TEPT.

Humor

11 A duração mínima de um episódio depressivo maior é:

A) 1 mês
B) 2 semanas
C) 1 semana
D) 6 meses
E) 2 anos

12 Uma pessoa teve um único episódio de mania de 10 dias e nunca teve depressão. O diagnóstico possível é:

A) Ciclotimia
B) Borderline
C) Bipolar tipo II
D) Distimia
E) Transtorno Bipolar tipo I

13 A hipomania exige no mínimo:

A) 7 dias
B) 4 dias seguidos
C) 1 dia
D) 2 semanas
E) 1 mês

14 Humor deprimido crônico por pelo menos 2 anos em adultos caracteriza:

A) depressão maior
B) bipolar tipo II
C) ciclotimia
D) transtorno depressivo persistente
E) luto prolongado

15 Mudanças de humor que duram horas e reagem a conflitos nas relações apontam mais para:

A) ciclotimia
B) transtorno de personalidade borderline
C) bipolar tipo II
D) bipolar tipo I
E) distimia

Personalidade

16 Os transtornos de personalidade do grupo C são:

A) evitativa, borderline e narcisista
B) esquizoide, dependente e histriônica
C) antissocial, borderline, histriônica e narcisista
D) paranoide, esquizoide e esquizotípica
E) evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva

17 Para o diagnóstico de transtorno antissocial, a pessoa deve ter:

A) diagnóstico de psicopatia
B) pelo menos 21 anos
C) traços desde os 5 anos
D) histórico de prisão
E) pelo menos 18 anos e sinais de transtorno da conduta antes dos 15

18 O que diferencia a personalidade evitativa da esquizoide?

A) O esquizoide teme críticas.
B) O evitativo deseja vínculos, mas teme rejeição; o esquizoide tem pouco interesse por relações.
C) Não há diferença.
D) O evitativo é do grupo B.
E) Ambos não desejam vínculos.

19 Sobre a CID-11 e os transtornos de personalidade, é correto afirmar:

A) mantém os 10 tipos do DSM sem mudança
B) usa apenas os grupos A, B e C
C) só permite o diagnóstico após os 40 anos
D) usa um diagnóstico geral com gravidade e traços, além do qualificador de padrão borderline
E) eliminou o diagnóstico de transtorno de personalidade

20 Uma pessoa acha que suas regras rígidas e seu perfeccionismo estão certos e que os outros é que deveriam mudar. Isso sugere:

A) personalidade obsessivo-compulsiva
B) TAG
C) bulimia
D) TOC
E) fobia específica

Neurodesenvolvimento

21 No TDAH, segundo o DSM-5-TR, vários sintomas devem estar presentes antes dos:

A) 12 anos
B) 7 anos
C) 18 anos
D) 21 anos
E) 3 anos

22 No TEA, o DSM-5-TR descreve níveis de suporte. Eles são:

A) inicial, médio e final
B) de 1 a 5
C) A, B e C
D) leve e grave
E) 1, 2 e 3

23 Na deficiência intelectual, a gravidade é definida principalmente pelo:

A) desempenho em matemática
B) tamanho do vocabulário
C) funcionamento adaptativo
D) tempo de escola
E) QI apenas

24 Uma criança com inteligência preservada lê muito devagar e troca letras há mais de 6 meses, apesar do apoio. Pensa-se em:

A) deficiência intelectual
B) transtorno específico da aprendizagem
C) TDAH
D) esquizofrenia
E) TEA

25 Para diferenciar TDAH de ansiedade, a pergunta mais útil é:

A) se a pessoa toma café
B) se há casos de câncer na família
C) desde quando os sintomas existem e se já estavam na infância
D) se gosta de esportes
E) se a pessoa é tímida

Psicóticos

26 Na esquizofrenia, o DSM-5-TR exige sinais contínuos por pelo menos:

A) 6 meses, com 1 mês de sintomas ativos
B) 3 meses
C) 1 mês no total
D) 2 anos
E) 2 semanas

27 Ouvir vozes que ninguém mais ouve é um exemplo de:

A) obsessão
B) alucinação
C) ilusão
D) delírio
E) ideia supervalorizada

28 Certeza inabalável de estar sendo traído, sem provas e sem outros sintomas psicóticos importantes, há 2 meses, sugere:

A) transtorno delirante
B) TAG
C) esquizoafetivo
D) TOC
E) esquizofrenia

29 O que distingue o transtorno esquizoafetivo do bipolar com sintomas psicóticos?

A) O esquizoafetivo não tem sintomas de humor.
B) No bipolar, a psicose dura anos sem humor alterado.
C) No esquizoafetivo há psicose por 2 semanas ou mais sem episódio de humor.
D) São o mesmo diagnóstico.
E) No bipolar não existe psicose.

30 Sobre a esquizofrenia, é correto afirmar:

A) sempre leva à violência
B) é o mesmo que transtorno dissociativo de identidade
C) não é dupla personalidade
D) não tem tratamento
E) é definida por oscilações de humor

Alimentares e outros

31 O que diferencia bulimia de transtorno de compulsão alimentar?

A) Na bulimia o peso é sempre muito baixo.
B) Na bulimia há comportamentos compensatórios; na compulsão alimentar, não.
C) Não há diferença.
D) Na compulsão alimentar há vômitos.
E) Só a bulimia tem perda de controle.

32 Para bulimia e compulsão alimentar, o DSM-5-TR exige episódios, em média, de:

A) 1 vez por mês por 1 ano
B) 1 vez por semana por 3 meses
C) todos os dias por 2 semanas
D) 1 vez por dia por 1 mês
E) 3 vezes por semana por 6 meses

33 Peso significativamente baixo, medo intenso de engordar e percepção distorcida do corpo indicam:

A) compulsão alimentar
B) depressão
C) bulimia nervosa
D) anorexia nervosa
E) TOC

34 No transtorno por uso de álcool, o DSM-5-TR exige:

A) 2 ou mais de 11 critérios em 12 meses
B) internação anterior
C) uso diário por 1 mês
D) 5 critérios em 2 semanas
E) qualquer uso na adolescência

35 O que diferencia o transtorno neurocognitivo maior do leve?

A) a presença de esquecimento
B) o sexo da pessoa
C) a perda de independência nas atividades do dia a dia
D) o tipo de exame de imagem
E) a idade da pessoa

GABARITO COMENTADO

Ansiedade

1 · B TAG: 6 meses. 2 semanas é o tempo do episódio depressivo; 2 anos, da distimia.

2 · A No TAG não há crises súbitas; a preocupação é contínua.

3 · C Várias situações + medo de não ter saída ou ajuda = agorafobia.

4 · B Timidez é traço comum; o transtorno traz sofrimento e prejuízo.

5 · D Nesse subtipo, a pressão pode cair e levar ao desmaio.

Obsessivo-compulsivo e trauma

6 · A O pensamento intrusivo é a obsessão; a compulsão é o ato.

7 · C Acima de 1 mês, pensa-se em TEPT.

8 · C Mais de 1 mês, com sofrimento ou prejuízo.

9 · C Na CID-11, o prazo é de 6 meses.

10 · B O TEPT pode ter início tardio e exige evento grave.

Humor

11 · B 2 semanas, com 5 ou mais sintomas.

12 · E Basta um episódio de mania para o tipo I.

13 · B 7 dias é o tempo da mania.

14 · D Distimia: 2 anos (1 ano em crianças e adolescentes).

15 · B Nos bipolares, os episódios duram dias ou semanas.

Personalidade

16 · E A é o grupo do afastamento; B, da intensidade; C, do medo.

17 · E Psicopatia não é diagnóstico do DSM.

18 · B Desejo de vínculo com medo x pouco interesse.

19 · D A CID-11 adotou um modelo dimensional.

20 · A No TPOC, os traços parecem certos para a pessoa.

Neurodesenvolvimento

21 · A Antes dos 12, por 6 meses, em 2 ou mais ambientes.

22 · E Níveis 1, 2 e 3, conforme o apoio necessário.

23 · C O DSM-5-TR deu centralidade ao funcionamento adaptativo.

24 · B Dificuldade específica, inteligência preservada, 6 meses apesar de intervenção.

25 · C O TDAH começa na infância.

Psicóticos

26 · A 6 meses no total; 1 mês de fase ativa.

27 · B Alucinação é alteração da percepção; delírio, da crença.

28 · A Delírio por 1 mês ou mais sem o quadro da esquizofrenia.

29 · C No bipolar, a psicose só aparece dentro dos episódios de humor.

30 · C Múltiplas identidades é um quadro dissociativo.

Alimentares e outros

31 · B As duas têm perda de controle; só a bulimia compensa.

32 · B Mesmo critério de frequência nos dois.

33 · D Na bulimia, o peso costuma estar normal ou acima.

34 · A Leve: 2-3; moderado: 4-5; grave: 6 ou mais.

35 · C No leve, a pessoa mantém a independência.