



PPG ESA UEPA
ENSINO EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA
MESTRADO E DOUTORADO



VIVALDO GEMAQUE DE ALMEIDA

Orientação: Profa Dra Edna Ferreira Coelho Galvão

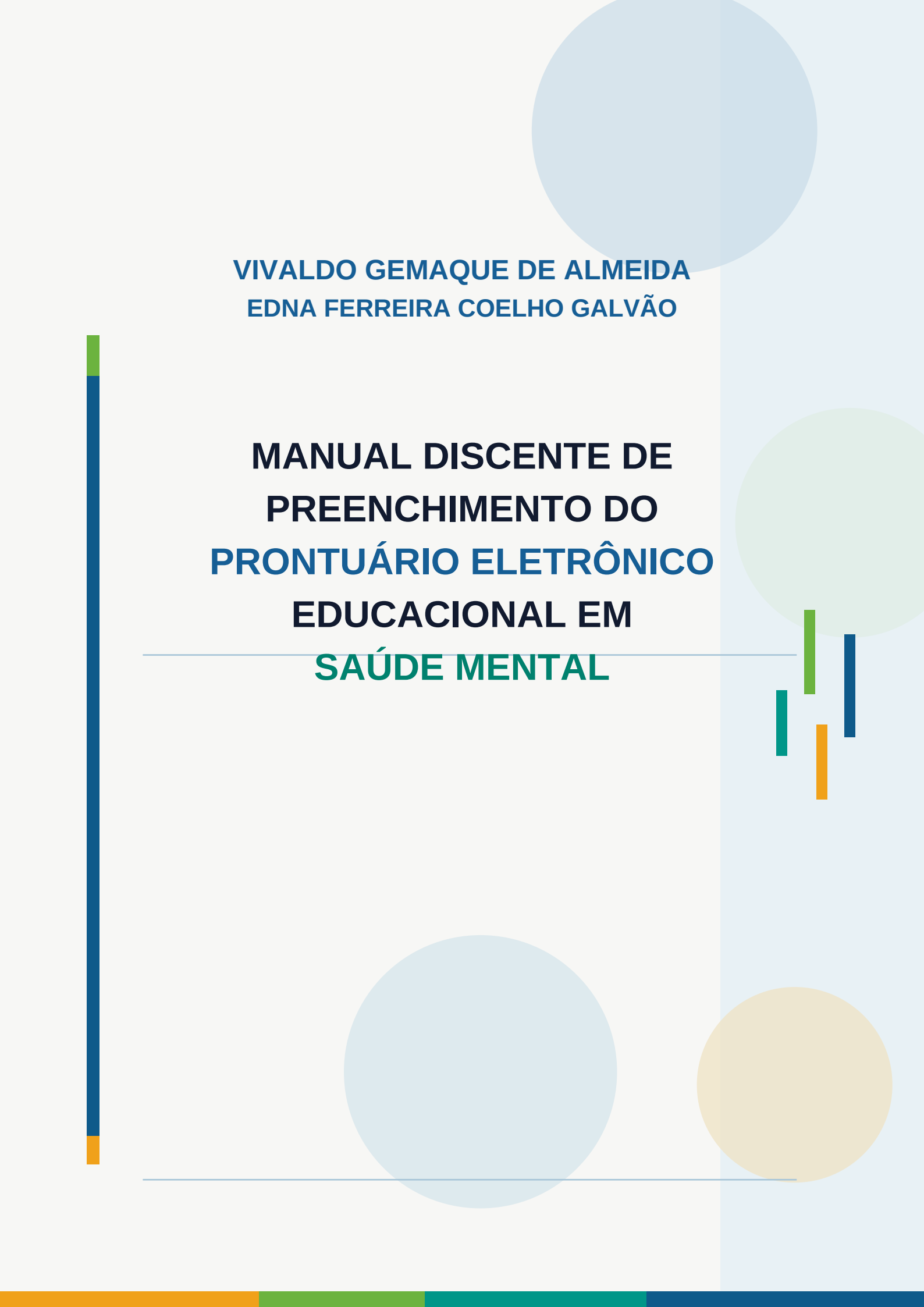
MANUAL DISCENTE DE PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EDUCACIONAL EM SAÚDE MENTAL

*Guia prático para registro clínico, raciocínio diagnóstico, plano terapêutico
e prescrição supervisionada no Internato em Saúde Mental*

DOUTORADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA - UEPA

Internato em Saúde Mental | 12º semestre | Curso de Medicina

Belém - Pará | 2026



VIVALDO GEMAQUE DE ALMEIDA
EDNA FERREIRA COELHO GALVÃO

**MANUAL DISCENTE DE
PREENCHIMENTO DO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
EDUCACIONAL EM
SAÚDE MENTAL**

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES



Vivaldo Gemaque de Almeida

Médico | Docente | Doutorando em Ensino em Saúde na Amazônia

Médico formado pela Universidade do Estado do Pará, com residência em Medicina de Família e Comunidade e mestrado profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. É doutorando no mesmo programa, desenvolvendo pesquisa sobre o aprimoramento da aprendizagem em saúde mental por meio de um prontuário eletrônico educacional. Possui formação em Psiquiatria Geral e Psiquiatria da Infância e Adolescência, com atuação em saúde mental, atenção primária, CAPS, preceptoria e formação médica. Atua como professor efetivo da UEPA, preceptor do Internato em Saúde Mental e Coordenador Adjunto do Curso de Medicina da UEPA em Santarém. Seus interesses acadêmicos envolvem metodologias ativas, avaliação de competências clínicas, saúde mental, educação médica e tecnologias digitais aplicadas ao ensino em saúde.

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8237071667525975>



Edna Ferreira Coelho Galvão

Professora da Universidade do Estado do Pará | Doutora em Educação

Possui graduação em Educação Física pela Fundação Oswaldo Aranha, mestrado em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba e doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense. É professora da Universidade do Estado do Pará e vinculada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. Tem experiência nas áreas de Ensino em Saúde, Educação Física, Saúde Coletiva, processos educativos em ambientes escolares e não escolares e Metodologia Científica. Integra o Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA/Santarém e desenvolve atuação acadêmica voltada à formação, pesquisa, ensino e avaliação em contextos amazônicos.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4705309005887569> ORCID: 0000-0003-3524-9909

DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

Manual Discente

Preenchimento do Prontuário Eletrônico Educacional em Saúde Mental

Origem do produto	Produto técnico-educacional previsto como resultado da tese de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia intitulada <i>Aprimoramento da Aprendizagem em Saúde Mental através de um Prontuário Eletrônico</i> .
Autor da pesquisa	Vivaldo Gemaque de Almeida.
Orientadora da pesquisa	Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão.
Área do conhecimento	Ensino; Ensino em Saúde; Educação Médica; Saúde Mental; Tecnologias Educacionais.
Público-alvo	Discentes do 12º semestre do curso de Medicina, em atividade de internato em saúde mental.
Finalidade	Orientar o preenchimento qualificado do prontuário eletrônico educacional a partir de casos clínicos simulados e supervisionados, favorecendo registro clínico estruturado, raciocínio diagnóstico, plano terapêutico e prescrição supervisionada de psicofármacos.
Estruturação do produto	O produto está organizado em apresentação ao discente, perfil esperado do aluno do 12º semestre, orientações para preenchimento do prontuário eletrônico, padrão de redação clínica, anamnese psiquiátrica e exame do estado mental, raciocínio diagnóstico, plano terapêutico e prescrição supervisionada, checklist final, guia de estudo por caso clínico e autoavaliação discente.
Registro	Prevê-se solicitação futura de ISBN, registro institucional ou modalidade equivalente compatível com produto educacional, após finalização, validação e aprovação acadêmica.
Validação do produto	Prevê-se validação futura por juízes especialistas em Ensino em Saúde, Educação Médica, Saúde Mental, Avaliação Educacional, Tecnologias Educacionais e/ou Prontuário Eletrônico Educacional.
Avaliação do produto	Prevê-se aplicação e avaliação futura pelo público-alvo em cenários de internato em saúde mental, ensino clínico supervisionado, discussão de casos e uso orientado do prontuário eletrônico educacional.
Disponibilidade	Prevê-se disponibilização futura em formato digital, após validação, registro/publicação e autorização institucional, preservando-se os direitos autorais e vedando-se o uso comercial não autorizado.
Divulgação	Prevê-se divulgação futura em formato digital, em repositório institucional, plataformas acadêmicas e meios digitais vinculados ao produto educacional e à tese.
Instituições envolvidas	Universidade do Estado do Pará; Programa de Pós-Graduação Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia; Curso de Medicina; Internato em Saúde Mental.
Idioma	Português do Brasil.
Cidade	Belém - Pará.
País	Brasil.
Diagramação	Formato e-book/PDF, com identidade visual alinhada ao conjunto dos manuais docente e discente, utilizando paleta institucional em azul, verde/teal e laranja, fontes acadêmicas e composição editorial própria.

APRESENTAÇÃO

Este manual foi concebido como produto técnico-educacional vinculado à tese de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, intitulada *Aprimoramento da Aprendizagem em Saúde Mental através de um Prontuário Eletrônico*. Sua elaboração parte de uma necessidade concreta do internato em saúde mental: orientar o estudante do 12º semestre no preenchimento qualificado do prontuário eletrônico educacional.

Na etapa final do curso de Medicina, o prontuário não deve ser entendido apenas como um formulário a ser preenchido. Ele representa uma ferramenta de organização do raciocínio clínico, de registro técnico da anamnese e do exame do estado mental, de construção de hipóteses diagnósticas, de definição do plano terapêutico e de prescrição supervisionada de psicofármacos, quando indicada.

Com essa finalidade, o manual organiza orientações para o uso do prontuário, explicita o perfil de desempenho esperado do estudante, apresenta parâmetros para redação clínica, anamnese psiquiátrica, raciocínio diagnóstico, diagnósticos diferenciais, uso de instrumentos, plano terapêutico, prescrição supervisionada, *checklist* final e guia de estudo por casos clínicos.

Trata-se, portanto, de um instrumento de apoio à aprendizagem, pensado para favorecer maior clareza, segurança e coerência no registro clínico em saúde mental. Em etapa futura, após finalização da versão do produto, o manual será submetido aos procedimentos acadêmicos de validação, avaliação pelo público-alvo e, quando cabível, registro e publicação institucional.

Espera-se que este material contribua para a formação de estudantes capazes de registrar casos com clareza, justificar hipóteses com base clínica, planejar condutas proporcionais e comunicar decisões terapêuticas com segurança técnica, responsabilidade ética e sensibilidade humana.

CASOS CLÍNICOS

As fichas a seguir foram reorganizadas para uso discente. A proposta é apoiar o estudante do 12º semestre na leitura do caso, no preenchimento qualificado do prontuário eletrônico educacional, na formulação de hipóteses, na construção de diferenciais, no planejamento terapêutico e na prescrição supervisionada quando indicada.

Casos contemplados

01 TEA, nível 2 de suporte

02 TEA, nível 1 de suporte

03 TDAH na infância, apresentação co...

04 TDAH no adulto

05 Transtorno Opositivo Desafiante

06 Transtorno de Conduta

07 Transtorno Explosivo Intermitente

08 Transtorno de Ansiedade Generaliz...

09 Transtorno de Pânico

10 Transtorno Depressivo Maior

11 Transtorno Depressivo Persistente

12 Transtorno Bipolar tipo I

13 Transtorno Bipolar tipo II

14 Esquizofrenia

15 Transtorno Esquizoafetivo

16 Transtorno Psicótico Breve

17 Transtorno Esquizofreniforme

18 Transtorno Delirante, tipo persec...

19 Transtorno Psicótico devido a out...

20 Transtorno de Personalidade Borda...

21 Transtorno de Personalidade Antis...

22 Transtorno por uso de álcool

Orientação ao discente

Modo de uso: leia o caso completo, identifique os dados essenciais e preencha o prontuário com linguagem técnica, objetiva e não estigmatizante. Toda decisão diagnóstica, terapêutica e prescritiva deve permanecer vinculada à supervisão docente.

**CASO
01****TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA****TEA, nível 2 de suporte****Situação clínica simulada**

Lucas, um menino de 8 anos, é trazido ao consultório por seus pais devido a preocupações com seu desenvolvimento social, comunicativo e comportamental. Lucas é o segundo de dois filhos e nasceu a termo após uma gestação sem complicações significativas. Desde cedo, os pais notaram que Lucas apresentava comportamentos diferentes dos de seu irmão mais velho, especialmente quanto à comunicação, socialização e adaptação à rotina.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Dificuldade significativa em interagir com colegas e familiares.

- Uso limitado e repetitivo da linguagem verbal.
- Comportamentos repetitivos e resistência a mudanças na rotina.
- Reações emocionais intensas a estímulos sensoriais (ruídos altos, texturas).

Foco do raciocínio: comunicação social e reciprocidade

- padrões restritos/repetitivos e sensorialidade
- necessidades de suporte e impacto funcional
- plano familiar, escolar e terapêutico

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas com os pais, observação direta do comportamento de Lucas e questionários padronizados, Lucas é diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), nível 2, necessitando de suporte substancial.

Diferenciais a considerar: Transtorno do Espectro Autista (TEA).

- Transtorno de Ansiedade.
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Não há psicofármaco para os sintomas nucleares. Se houver irritabilidade grave, agressividade, insônia ou comorbidades, registre o alvo terapêutico, a justificativa, a escolha, a monitorização e o plano de reavaliação.

Nota discente: Destaque comunicação social, reciprocidade, interesses restritos, sensorialidade, necessidade de suporte e impacto funcional. Não transforme TEA em lista de critérios; descreva funcionamento.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
02****TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA****TEA, nível 1 de suporte****Situação clínica simulada**

Sofia, 9 anos, é avaliada por dificuldades persistentes de interação social e adaptação a mudanças. Apresenta linguagem verbal fluente e bom desempenho acadêmico em áreas de interesse, mas desde a educação infantil é descrita como muito literal, com dificuldade para compreender sutilezas sociais, iniciar amizades e lidar com mudanças de rotina.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Dificuldade para compreender regras implícitas de convivência.

- Interpretação literal da fala, com dificuldade para ironias e duplos sentidos.
- Sofrimento diante de mudanças na rotina.
- Interesses restritos e intensos por temas específicos.

Foco do raciocínio: comunicação social e reciprocidade

- padrões restritos/repetitivos e sensorialidade
- necessidades de suporte e impacto funcional
- plano familiar, escolar e terapêutico

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Quadro compatível com Transtorno do Espectro Autista, nível 1 de suporte, após avaliação clínica, familiar e escolar.

Diferenciais a considerar: Transtorno do Espectro Autista (TEA).

- Transtorno de Ansiedade Social.
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).
- Transtorno da Comunicação Social (Pragmática).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Não há psicofármaco para os sintomas nucleares. Se houver irritabilidade grave, agressividade, insônia ou comorbidades, registre o alvo terapêutico, a justificativa, a escolha, a monitorização e o plano de reavaliação.

Nota discente: Valorize sinais sutis: prejuízo pragmático, sofrimento funcional, rigidez cognitiva, adaptação escolar e comunicação com família/escola.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
03****TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE****TDAH na infância, apresentação combinada****Situação clínica simulada**

Pedro, um menino de 7 anos, é levado ao consultório por sua mãe que está preocupada com seu comportamento na escola e em casa. Pedro é o mais novo de três irmãos e nasceu prematuro. Desde cedo, os pais notaram que ele era mais ativo e impulsivo que seus irmãos.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Dificuldade em prestar atenção na escola e seguir instruções.

- Comportamento impulsivo, frequentemente interrompendo os outros.
- Agitação constante, não consegue ficar sentado por muito tempo.
- Dificuldade em completar tarefas e atividades.

Foco do raciocínio: desatenção, hiperatividade e impulsividade

- prejuízo em múltiplos contextos
- informações de família/escola/trabalho
- prescrição segura quando indicada

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo questionários padronizados e entrevistas com os pais e professores, Pedro é diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), tipo combinado.

Diferenciais a considerar: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

- Transtorno de Ansiedade.
- Transtorno de Conduta.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Quando houver indicação, a prescrição deve conter fármaco, formulação, dose inicial, horário, titulação, monitorização cardiovascular, apetite, sono e risco de uso inadequado. Justifique estimulante ou alternativa não estimulante.

Nota discente: Demonstre prejuízo em mais de um contexto. Inclua informações de responsáveis e escola, avaliação de sono, ansiedade, aprendizagem e segurança no uso de estimulantes.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
04**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE****TDAH no adulto****Situação clínica simulada**

Mariana, uma mulher de 28 anos, procura atendimento devido a dificuldades de concentração e organização que têm impactado seu desempenho no trabalho. Mariana é gerente de projetos em uma empresa de tecnologia e relata que sempre teve dificuldades em manter o foco, mas os problemas se intensificaram nos últimos anos.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Dificuldade em manter a atenção em reuniões e completar tarefas no prazo.

- Desorganização, frequentemente perde documentos importantes.
- Sentimento de sobrecarga e frustração por não conseguir gerenciar o tempo eficientemente.
- Impulsividade nas decisões e comportamentos.

Foco do raciocínio: desatenção, hiperatividade e impulsividade

- prejuízo em múltiplos contextos
- informações de família/escola/trabalho
- prescrição segura quando indicada

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas e questionários padronizados, Mariana é diagnosticada com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), tipo predominantemente desatento.

Diferenciais a considerar: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

- Transtorno de Ansiedade.
- Depressão.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Quando houver indicação, a prescrição deve conter fármaco, formulação, dose inicial, horário, titulação, monitorização cardiovascular, apetite, sono e risco de uso inadequado. Justifique estimulante ou alternativa não estimulante.

Nota discente: Mostre trajetória longitudinal desde a infância/adolescência e impacto ocupacional. Rastreie ansiedade, depressão, bipolaridade, sono e uso de substâncias antes da prescrição.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
05****DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA****Transtorno Opositivo Desafiante****Situação clínica simulada**

Lucas, um menino de 10 anos, é trazido ao consultório por seus pais devido a comportamentos desafiadores e desobedientes. Lucas frequentemente discute com adultos, desafia regras e recusa seguir instruções.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Discussões frequentes com pais e professores.

- Desafios constantes a regras e instruções.
- Comportamento vingativo e rancoroso.
- Perda de temperamento e irritabilidade.

Foco do raciocínio: padrão comportamental, frequência e contexto

- risco para si, terceiros e ambiente
- intervenção familiar/escolar/rede
- evitar sedação inespecífica sem alvo clínico

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas com os pais e professores, observações clínicas e questionários padronizados, Lucas é diagnosticado com Transtorno Opositivo Desafiante (TOD).

Diferenciais a considerar: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

- Transtorno de Conduta (TC).
- Transtorno Opositivo Desafiante (TOD).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Evite prescrição para “controlar comportamento” sem alvo clínico. Trate comorbidades quando presentes e priorize intervenção familiar, escolar e psicossocial.

Nota discente: Diferencie conflito situacional de padrão persistente. O plano deve priorizar orientação parental, escola, manejo comportamental e tratamento de comorbidades.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
06****DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA****Transtorno de Conduta****Situação clínica simulada**

Rafael, um menino de 15 anos, é trazido ao consultório por seus pais e pela escola devido a problemas de comportamento persistentes e graves. Nos últimos dois anos, Rafael tem se envolvido em lutas frequentes, destruição de propriedade e roubos.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Agressão física a colegas de escola e animais.

- Destruição de propriedade, como quebrar janelas e vandalizar paredes.
- Roubo de objetos pessoais de colegas e lojas.
- Fugas frequentes de casa e faltas escolares.

Foco do raciocínio: padrão comportamental, frequência e contexto

- risco para si, terceiros e ambiente
- intervenção familiar/escolar/rede
- evitar sedação inespecífica sem alvo clínico

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas com os pais e professores, observações clínicas e questionários padronizados, Rafael é diagnosticado com Transtorno de Conduta (TC).

Diferenciais a considerar: Transtorno Opositivo Desafiante (TOD).

- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).
- Transtorno de Conduta (TC).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Evite prescrição para “controlar comportamento” sem alvo clínico. Trate comorbidades quando presentes e priorize intervenção familiar, escolar e psicossocial.

Nota discente: Registre atos, frequência, contexto, vítimas, riscos e rede de proteção. Evite linguagem moralizante e não reduza o plano a sedação ou controle de comportamento.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
07****DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA****Transtorno Explosivo Intermitente****Situação clínica simulada**

Marcos, um homem de 30 anos, é trazido ao consultório por sua esposa devido a episódios frequentes de agressividade. Marcos relata que, desde a adolescência, tem dificuldade em controlar a raiva e frequentemente reage de forma explosiva a situações estressantes.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Episódios frequentes de agressão verbal e física, desproporcionais às provocações.

- Destruição de objetos em casa durante os episódios de raiva.
- Sentimentos de arrependimento e vergonha após os episódios de agressão.
- Dificuldade em controlar a raiva em situações estressantes.

Foco do raciocínio: padrão comportamental, frequência e contexto

- risco para si, terceiros e ambiente
- intervenção familiar/escolar/rede
- evitar sedação inespecífica sem alvo clínico

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas com a família e observações clínicas, Marcos é diagnosticado com Transtorno Explosivo Intermitente (TEI).

Diferenciais a considerar: Transtorno de Conduta.

- Transtorno Bipolar.
- Transtorno Explosivo Intermitente (TEI).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Se indicar psicofármaco, relacione a escolha à frequência, gravidade, comorbidade e risco. Registre efeitos adversos, monitorização e plano de seguimento.

Nota discente: Descreva temporalidade, gatilhos, proporcionalidade, impulsividade e consequências. Afaste substâncias, bipolaridade, TDAH e condições clínicas quando necessário.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
08**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE****Transtorno de Ansiedade Generalizada****Situação clínica simulada**

José, um homem de 35 anos, procura ajuda médica devido a uma preocupação constante e excessiva com diversas áreas da vida, como trabalho, saúde e finanças. Ele relata que tem dificuldade em controlar a preocupação e isso tem afetado seu sono e concentração.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Preocupação constante e desproporcional com situações do dia a dia.

- Dificuldade para dormir e insônia frequente.
- Tensão muscular e fadiga constante.
- Dificuldade em se concentrar e sensação de mente vazia.

Foco do raciocínio: sintomas cognitivos, físicos e comportamentais

- evitação e prejuízo funcional
- exclusão de causas clínicas/substâncias
- psicoeducação e uso racional de psicofármacos

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo questionários padronizados e entrevistas, José é diagnosticado com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Diferenciais a considerar: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

- Transtorno de Pânico.
- Depressão.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: ISRS/IRSN devem ser justificados com dose inicial, titulação, latência de resposta e efeitos adversos. Benzodiazepínico exige justificativa curta, risco/benefício, tempo limitado e plano de retirada.

Nota discente: Registre preocupação excessiva, duração, controle difícil, sintomas físicos/cognitivos, prejuízo e causas clínicas/substâncias. Explique latência e monitorização se houver medicação.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
09**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE****Transtorno de Pânico****Situação clínica simulada**

Clara, uma mulher de 40 anos, procura atendimento devido a episódios súbitos e recorrentes de medo intenso acompanhados por sintomas físicos graves. Clara relata que esses ataques de pânico começaram há cerca de seis meses, sem motivo aparente, e agora ocorrem várias vezes por semana.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Palpitações, sudorese e tremores durante os ataques de pânico.

- Sensação de falta de ar, sufocamento e tontura.
- Medo intenso de morrer ou de perder o controle durante os ataques.
- Evitação de lugares e situações onde teve ataques de pânico anteriormente.

Foco do raciocínio: sintomas cognitivos, físicos e comportamentais

- evitação e prejuízo funcional
- exclusão de causas clínicas/substâncias
- psicoeducação e uso racional de psicofármacos

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas e questionários padronizados, Clara é diagnosticada com Transtorno de Pânico.

Diferenciais a considerar: Transtorno de Pânico.

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).
- Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: ISRS/IRSN devem ser justificados com dose inicial, titulação, latência de resposta e efeitos adversos. Benzodiazepínico exige justificativa curta, risco/benefício, tempo limitado e plano de retirada.

Nota discente: Diferencie ataque de pânico, medo antecipatório e evitação. Registre avaliação de causas clínicas diante de sintomas físicos intensos e plano de psicoeducação.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
10****TRANSTORNOS DEPRESSIVOS****Transtorno Depressivo Maior****Situação clínica simulada**

Maria, uma mulher de 45 anos, procura atendimento devido a sentimentos persistentes de tristeza, perda de interesse em atividades que costumava gostar e fadiga constante. Ela relata que esses sintomas começaram há aproximadamente seis meses, após a morte de sua mãe.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.

- Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.
- Fadiga e perda de energia.
- Dificuldade em dormir, acordando várias vezes durante a noite.

Foco do raciocínio: humor, anedonia e sintomas neurovegetativos

- curso temporal e prejuízo
- avaliação de segurança e bipolaridade
- antidepressivo com indicação, orientação e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas e questionários padronizados, Maria é diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior.

Diferenciais a considerar: Transtorno Depressivo Maior.

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).
- Transtorno de Ajustamento com Humor Depressivo.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antes de antidepressivo, rastreie bipolaridade e segurança. Registre fármaco, dose, titulação, latência, efeitos adversos, duração prevista e retorno. Não prescreva sem plano de acompanhamento.

Nota discente: Além do diagnóstico, documente gravidade, funcionalidade, risco, sintomas psicóticos, rastreio de bipolaridade, plano de segurança e retorno.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
11**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS****Transtorno Depressivo Persistente****Situação clínica simulada**

João, um homem de 50 anos, procura atendimento devido a um humor deprimido crônico que dura a maior parte do dia, mais dias do que não, por pelo menos os últimos dois anos. Ele relata que se sente "para baixo" desde jovem, mas nunca procurou ajuda até agora.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Humor deprimido crônico, presente na maior parte do dia.

- Fadiga constante e baixa energia.
- Baixa autoestima e sentimentos de inutilidade.
- Dificuldade em tomar decisões e se concentrar.

Foco do raciocínio: humor, anedonia e sintomas neurovegetativos

- curso temporal e prejuízo
- avaliação de segurança e bipolaridade
- antidepressivo com indicação, orientação e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas e questionários padronizados, João é diagnosticado com Transtorno Depressivo Persistente (Distímia).

Diferenciais a considerar: Transtorno Depressivo Persistente (Distímia).

- Transtorno Depressivo Maior.
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antes de antidepressivo, rastreie bipolaridade e segurança. Registre fármaco, dose, titulação, latência, efeitos adversos, duração prevista e retorno. Não prescreva sem plano de acompanhamento.

Nota discente: Mostre curso temporal prolongado, prejuízo acumulado, comorbidades e metas funcionais. Diferencie humor deprimido crônico de episódio depressivo maior.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
12****TRANSTORNOS BIPOLARES****Transtorno Bipolar tipo I****Situação clínica simulada**

Carlos, um homem de 30 anos, é trazido ao consultório por sua esposa devido a mudanças bruscas e extremas no humor. Ela relata que Carlos tem períodos de euforia intensa seguidos por episódios de depressão severa. Esses sintomas têm ocorrido nos últimos dois anos.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Períodos de humor elevado, expansivo ou irritável, que duram pelo menos uma semana.

- Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora.
- Autoestima inflada ou grandiosidade.
- Redução da necessidade de sono.

Foco do raciocínio: mania/hipomania/depressão e linha do tempo

- risco, psicose e necessidade de cuidado intensivo
- evitar antidepressivo em monoterapia
- estabilizadores/antipsicóticos com monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Carlos é diagnosticado com Transtorno Bipolar Tipo I.

Diferenciais a considerar: Transtorno Bipolar Tipo I.

- Transtorno Depressivo Maior.
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Evite antidepressivo em monoterapia. Justifique estabilizador do humor e/ou antipsicótico, com dose, exames, interações, efeitos adversos, orientação de adesão e sinais de alerta.

Nota discente: Reconheça mania como quadro potencialmente grave. Registre energia aumentada, redução da necessidade de sono, impulsividade, risco, psicose e necessidade de cuidado intensivo.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
13**TRANSTORNOS BIPOLARES****Transtorno Bipolar tipo II****Situação clínica simulada**

Ana, uma mulher de 25 anos, procura atendimento devido a episódios de depressão intensa intercalados com períodos de humor elevado e energia aumentada. Ela relata que, durante os episódios de humor elevado, se sente mais produtiva e criativa, mas essas fases são seguidas por períodos de depressão profunda.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Períodos de humor elevado e energia aumentada, durando pelo menos quatro dias.

- Redução da necessidade de sono durante os episódios de humor elevado.
- Fala acelerada e pressão para continuar falando.
- Aumento da atividade dirigida a objetivos.

Foco do raciocínio: mania/hipomania/depressão e linha do tempo

- risco, psicose e necessidade de cuidado intensivo
- evitar antidepressivo em monoterapia
- estabilizadores/antipsicóticos com monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Ana é diagnosticada com Transtorno Bipolar Tipo II.

Diferenciais a considerar: Transtorno Bipolar Tipo II.

- Transtorno Depressivo Maior.
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Evite antidepressivo em monoterapia. Justifique estabilizador do humor e/ou antipsicótico, com dose, exames, interações, efeitos adversos, orientação de adesão e sinais de alerta.

Nota discente: Investigue hipomania antes de tratar como depressão unipolar. Registre episódios depressivos, história familiar, ativação por antidepressivo e acompanhamento longitudinal.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

CASO
14**TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Esquizofrenia****Situação clínica simulada**

Fernando, um homem de 20 anos, é trazido ao consultório por seus pais devido a mudanças comportamentais significativas. Eles relatam que Fernando se tornou retraído, fala sozinho, e tem apresentado comportamentos estranhos e paranoides nos últimos seis meses.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Alucinações auditivas, ouvindo vozes que comentam sobre suas ações.

- Delírios de perseguição, acreditando que está sendo seguido e monitorado.
- Comportamento desorganizado, como vestir-se de maneira inadequada e incoerente.
- Retraimento social e dificuldade em manter interações sociais.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Fernando é diagnosticado com Esquizofrenia.

Diferenciais a considerar: Esquizofrenia.

- Transtorno Esquizoafetivo.
- Transtorno Bipolar com Características Psicóticas.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: Diferencie sintomas positivos, negativos e desorganização. Registre duração, funcionalidade, substâncias, causas clínicas, adesão, suporte familiar e monitorização do antipsicótico.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
15****TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Transtorno Esquizoafetivo****Situação clínica simulada**

Clara, uma mulher de 35 anos, procura atendimento devido a episódios de humor depressivo intercalados com períodos de sintomas psicóticos. Ela relata que, durante os episódios depressivos, sente-se extremamente triste e sem energia, e durante os episódios psicóticos, tem alucinações auditivas e delírios de perseguição.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Períodos de humor depressivo severo, durando pelo menos duas semanas.

- Períodos de sintomas psicóticos, como alucinações auditivas e delírios de perseguição, durando pelo menos duas semanas, na ausência de sintomas de humor significativos.
- Dificuldade em se concentrar e tomar decisões durante os episódios depressivos.
- Perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Clara é diagnosticada com Transtorno Esquizoafetivo.

Diferenciais a considerar: Transtorno Esquizoafetivo.

- Transtorno Bipolar com Características Psicóticas.
- Esquizofrenia.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: Articule sintomas psicóticos e sintomas de humor. A temporalidade entre psicose e alteração de humor deve aparecer no prontuário.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
16****TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Transtorno Psicótico Breve****Situação clínica simulada**

Lucas, um homem de 28 anos, é trazido ao pronto-socorro por seus amigos devido ao comportamento estranho e agitado nas últimas 24 horas. Eles relatam que Lucas começou a ouvir vozes e acreditar que estava sendo seguido, o que resultou em uma crise de pânico.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Alucinações auditivas, ouvindo vozes que o insultam.

- Delírios de perseguição, acreditando que está sendo seguido por desconhecidos.
- Comportamento desorganizado e agitação psicomotora.
- Dificuldade em se concentrar e manter um discurso coerente.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Lucas é diagnosticado com Transtorno Psicótico Breve.

Diferenciais a considerar: Transtorno Psicótico Breve.

- Transtorno Psicótico Induzido por Substância.
- Transtorno de Ansiedade com Características Psicóticas.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: Registre início súbito, duração breve, estressor, retorno ao funcionamento e riscos. Afaste substâncias, delirium e condições clínicas.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
17****TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Transtorno Esquizofreniforme****Situação clínica simulada**

Mariana, uma mulher de 23 anos, é trazida ao consultório por sua mãe devido a mudanças comportamentais significativas que começaram há cerca de quatro meses. A mãe de Mariana relata que ela se tornou retraída, apresenta alucinações auditivas e delírios de grandeza, e tem mostrado comportamento desorganizado.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Alucinações auditivas, ouvindo vozes que a instruem a realizar tarefas específicas.

- Delírios de grandeza, acreditando que tem poderes especiais e é escolhida por uma força divina.
- Comportamento desorganizado, incluindo falar sozinha e usar roupas inadequadas para a estação.
- Retraimento social e dificuldade em manter interações sociais.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Mariana é diagnosticada com Transtorno Esquizofreniforme.

Diferenciais a considerar: Transtorno Esquizofreniforme.

- Esquizofrenia.
- Transtorno Bipolar com Características Psicóticas.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: A temporalidade é central: sintomas psicóticos com duração intermediária exigem seguimento e reavaliação diagnóstica.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
18****TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Transtorno Delirante, tipo persecutório****Situação clínica simulada**

Joaquim, um homem de 45 anos, é trazido ao consultório por sua esposa devido a preocupações com seu comportamento. Nos últimos seis meses, Joaquim tem acreditado firmemente que seus colegas de trabalho estão conspirando contra ele e tentando prejudicá-lo. Ele tem feito várias queixas à polícia e ao departamento de recursos humanos da empresa, sem...

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Delírios de perseguição, acreditando que está sendo seguido e monitorado por colegas de trabalho.

- Comportamento defensivo e vigilante, como trancar todas as portas e janelas de casa repetidamente.
- Evita contato social, acreditando que todos estão envolvidos na conspiração contra ele.
- Relata alucinações auditivas esporádicas, ouvindo vozes que confirmam seus delírios.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, que inclui entrevistas, observações clínicas e questionários padronizados, Joaquim é diagnosticado com Transtorno Delirante Persecutório.

Diferenciais a considerar: Transtorno Delirante Persecutório.

- Esquizofrenia.
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: Descreva crença delirante, convicção, repercussão funcional, ausência/presença de desorganização e diferenciais com esquizofrenia, substâncias e condições clínicas.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
19****TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Transtorno Psicótico devido a outra condição médica****Situação clínica simulada**

Júlia, uma mulher de 50 anos, foi trazida ao hospital por sua família após apresentar sintomas psicóticos. Nos últimos meses, ela tem relatado ouvir vozes que a insultam e acreditar que seus vizinhos estão conspirando contra ela. Ela também demonstrou comportamento desorganizado e confusão.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Alucinações auditivas, ouvindo vozes insultantes.

- Delírios de perseguição, acreditando que está sendo monitorada pelos vizinhos.
- Comportamento desorganizado e confusão.
- Fadiga extrema e ganho de peso inexplicado.

Foco do raciocínio: delírios, alucinações, desorganização e sintomas negativos

- duração e curso temporal
- substâncias e causas clínicas
- antipsicótico com alvo, dose e monitorização

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo exames laboratoriais que confirmaram níveis anormais de hormônios tireoidianos, Júlia foi diagnosticada com Transtorno Psicótico Devido a Hipotireoidismo.

Diferenciais a considerar: Transtorno Psicótico Devido a Hipotireoidismo.

- Esquizofrenia.
- Transtorno Delirante.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Antipsicótico deve ter sintoma-alvo, dose, via, titulação, efeitos adversos esperados e monitorização metabólica/neurológica. Avalie adesão, suporte familiar e necessidade de cuidado intensivo.

Nota discente: Mostre vínculo entre sintomas psicóticos e condição médica. Registre exame clínico, exames complementares, medicações, substâncias e plano integrado com cuidado clínico.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
20****TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE****Transtorno de Personalidade
Borderline****Situação clínica simulada**

Juliana, uma mulher de 22 anos, é trazida ao consultório por sua mãe devido a comportamentos impulsivos e instabilidade emocional. Desde a adolescência, Juliana apresenta dificuldades em manter relacionamentos estáveis e frequentemente alterna entre idealizar e desvalorizar as pessoas próximas. Ela relata sentimentos crônicos de vazio e períodos de intensa raiva, além de várias tentativas...

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Comportamentos impulsivos e autodestrutivos.

- Instabilidade emocional e mudanças bruscas de humor.
- Dificuldades em manter relacionamentos interpessoais.
- Sentimentos crônicos de vazio.

Foco do raciocínio: padrão persistente de funcionamento

- relações, impulsividade e regulação emocional
- risco e comorbidades
- plano psicoterápico e limites terapêuticos

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas com Juliana e sua família, e aplicação de questionários padronizados, ela é diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline.

Diferenciais a considerar: Transtorno Depressivo Maior.

- Transtorno Bipolar.
- Transtorno de Ansiedade.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Psicofármacos não substituem psicoterapia e manejo longitudinal. Se indicados, devem ter alvo sintomático claro, evitar polifarmácia e incluir avaliação de segurança.

Nota discente: Registre padrão persistente de funcionamento, instabilidade relacional, impulsividade, regulação emocional, risco e comorbidades. Priorize plano psicoterápico e segurança.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
21****TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE****Transtorno de Personalidade Antissocial****Situação clínica simulada**

Carlos, um homem de 28 anos, é encaminhado para avaliação psiquiátrica por seu empregador devido a comportamentos agressivos no trabalho. Desde a adolescência, Carlos apresenta um histórico de conflitos com a lei, incluindo várias detenções por roubo e agressão. Ele frequentemente muda de emprego e tem dificuldades em manter relacionamentos estáveis.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Comportamentos impulsivos e agressivos.

- Desrespeito pelas normas sociais e leis.
- Falta de remorso pelos atos cometidos.
- Incapacidade de manter um emprego ou relacionamento estável.

Foco do raciocínio: padrão persistente de funcionamento

- relações, impulsividade e regulação emocional
- risco e comorbidades
- plano psicoterápico e limites terapêuticos

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Após uma avaliação detalhada, incluindo entrevistas com Carlos e seus familiares, e aplicação de questionários padronizados, ele é diagnosticado com Transtorno de Personalidade Antissocial.

Diferenciais a considerar: Transtorno de Personalidade Borderline.

- Transtorno de Personalidade Narcisista.
- Transtorno de Conduta.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Psicofármacos não substituem psicoterapia e manejo longitudinal. Se indicados, devem ter alvo sintomático claro, evitar polifarmácia e incluir avaliação de segurança.

Nota discente: Documente padrão persistente desde a adolescência, violação de normas, impulsividade, responsabilidade, risco a terceiros e diferenciais. Evite julgamento moral.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.

**CASO
22****TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS****Transtorno por uso de álcool****Situação clínica simulada**

Joaquim, um homem de 45 anos, é trazido ao consultório por sua esposa devido ao consumo excessivo de álcool. Joaquim relata que começou a beber socialmente na adolescência, mas o consumo aumentou significativamente nos últimos anos, afetando seu trabalho e suas relações familiares.

Queixas, foco e organização do raciocínio

Queixas centrais: Consumo diário de grandes quantidades de álcool.

- Perda de interesse em atividades sociais e familiares.
- Desempenho ruim no trabalho e faltas frequentes.
- Conflitos frequentes com a esposa e filhos.

Foco do raciocínio: padrão de consumo, tolerância e abstinência

- impacto familiar, social e ocupacional
- risco clínico e comorbidades
- redução de danos, tratamento e seguimento

Hipótese diagnóstica e diferenciais

Hipótese a justificar: Transtorno por uso de álcool, a partir do padrão de consumo, prejuízo funcional, tolerância/abstinência, risco clínico e impacto familiar, social e ocupacional.

Diferenciais a considerar: Uso nocivo de álcool.

- Transtorno depressivo ou ansioso com uso secundário de álcool.
- Transtorno induzido por substância.
- Condição clínica associada ao consumo crônico.

Plano terapêutico e prescrição supervisionada

Plano e prescrição supervisionada: Avalie abstinência, comorbidades e risco clínico. Qualquer medicação deve ser justificada, acompanhada de orientações, monitorização e integração com cuidado psicossocial.

Nota discente: Caracterize padrão de consumo, tolerância/abstinência, prejuízo, comorbidades, risco clínico, redução de danos, rede de cuidado e seguimento longitudinal.

Checklist antes de enviar ao docente

Antes de enviar, confirme se seu registro: (1) descreve o caso sem julgamento moral; (2) justifica a hipótese com dados positivos e negativos; (3) considera diferenciais plausíveis; (4) registra avaliação de segurança; (5) apresenta plano terapêutico e prescrição supervisionada quando indicada.