



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

PSICOGERIATRIA E PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA
RESPOSTAS ESPERADAS

QUESTÃO 1 (não repetir o enunciado)

a)

Apontar alguns dados epidemiológicos atuais em relação ao uso por mulheres no Brasil, destacando a redução na distribuição homem/mulher e que essa diferença é particularmente importante entre as mais jovens, portanto as medidas preventivas dirigidas na infância e adolescência são fundamentais. A prevenção deve identificar e mitigar os fatores de risco e ampliar os fatores de proteção em diferentes domínios: individual, familiar, social, escolar e pares. Entre mulheres, são de particular importância aspectos relacionados a sexualidade, sofrimento, sintomas ou transtornos mentais e eventos negativos de vida, com destaque para experiências de violência.

b)

O tratamento de mulheres com TUS deve considerar:

- efeito telescópio (entre as mulheres que usam SPA, a progressão para o uso problemático é mais rápida);
- o estigma reduz a busca de tratamento, gerando a necessidade de medidas de facilitação de acesso; - as comorbidades psiquiátricas são frequentes (principalmente T. depressivos, de ansiedade, alimentares e TEPT), precisam ser detectadas e tratadas;
- criteriosa avaliação clínica para abordagem das comorbidades físicas, com especial ênfase nas questões ginecológicas e obstétricas no caso de gestantes usuárias;
- equipe sensibilizada e capacitada para lidar com os temas ligados ao gênero;
- atenção a aspectos relacionados a maternidade;
- grupos específicos para mulheres e espaço de cuidado para minorias sexuais.

Referencias:

- 1- Azevedo, R C S e Oliveira, K D. Dependência de Substâncias Psicoativas: Conceitos e Abordagens (p.435- 472) in Botega, Neury José Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência, ArtMed , Porto Alegre, 2017.
- 2- Alessandra Diehl, Neliana Figlie (Org) Prevenção ao uso de drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer? ArtMed, Porto Alegre, 2014
- 3- Alessandra Diehl, Daniel Cordeiro e Ronaldo Laranjeira (Org) Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2a ed, Artmed, Porto Alegre, 2019.

QUESTÃO 2

a)

- A fisiopatologia da doença de Alzheimer é explicada pela teoria da cascata amilóide, na qual inicialmente ocorre desequilíbrio entre a produção e o clearance de peptídeo Beta-Amilóide, com consequente agregação e formação de oligômeros e placas amilóides, que se depositam no espaço extracelular. O depósito de agregados amilóides leva a disfunção sináptica e alterações inflamatórias. (1,0 ponto)
- Posteriormente, há hiperfosforilação da proteína Tau no espaço intracelular, levando ao colapamento dos microtúbulos e disfunção do transporte de nutrientes, proteínas e neurotransmissores pelo corpo neuronal, dendritos e axônio. (1,0 ponto)
- Por fim, ocorre apoptose dos neurônios e atrofia cerebral progressiva, associados a declínio cognitivo, alterações comportamentais e incapacidade funcional. (1,0 ponto)

b)

- Aducanumab é um anticorpo monoclonal anti-Beta-Amilóide, que atua aumentando o clearance de Beta-Amilóide e evitando o depósito de agregados amilóides. (1,0 ponto)
- Os critérios clínicos para sua indicação incluem os estágios de comprometimento cognitivo leve ou demência leve, associados a presença de biomarcadores de Beta-Amilóide (ou seja, redução de Beta-Amilóide no líquido cefalorraquidiano, ou deposição cerebral de traçador para Beta-Amilóide na neuroimagem molecular) (1,0 ponto).
- Seus principais efeitos adversos, chamados de Amyloid-related imaging abnormalities (ARIA), são alterações na ressonância magnética, que correspondem a edema e microhemorragia cerebral. (1,0 ponto)

Referências

1. Mella, LFB & Stella, F. Interconsulta de pacientes idosos. In: Botega, NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral. Interconsulta e emergência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017; p. 137-163.
2. Tolar M, Abushakra S, Hey JA, Porsteinsson A, Sabbagh M. Aducanumab, gantenerumab, BAN2401, and ALZ-801 – the first wave of amyloid-targeting drugs for Alzheimer’s disease with potential for near term approval. *Alzheimers Res Ther.* 2020;12(1):95. doi: 10.1186/s13195-020-00663-w.

QUESTÃO 3

a)

- O período de cirurgia, bem como o de unidade de tratamento intensivo (UTI), pode envolver o acometimento de múltiplos órgãos e de sistemas de regulação corporal, rápidas mudanças no estado geral, limitações na via de administração e emprego de vários medicamentos, entre os quais anestésicos, analgésicos, antibióticos e vasoativos. Ademais, são frequentes a ansiedade que antecede a cirurgia e, no pós-cirúrgico, o delirium e o estresse pós-traumático.

- A decisão de suspender ou não um psicofármaco antes de uma cirurgia deve ponderar a influência de vários fatores. A manutenção da medicação rotineira implica, potencialmente, interações medicamentosas, interferências na regulação hemodinâmica e complicações pós-cirúrgicas (como sedação excessiva, íleo paralítico). A interrupção eleva o risco de perda do efeito terapêutico, exacerbação de sintomas por efeito rebote, reação de abstinência, reação de descontinuação, recaída e recorrência. Deve-se ponderar, também, as comorbidades de doenças somáticas, a extensão da cirurgia e o tipo de anestesia.

b)

- De modo geral considera-se a interrupção de lítio, antidepressivos tricíclicos, IMAOs e clozapina. Pacientes que tomam esses medicamentos têm maior risco de complicações e são classificados como ASA 3. Sob o ponto de vista dos riscos físicos, eles deveriam parar de tomá-los. Só não precisam ser interrompidos em casos de pequenas cirurgias, com anestesia local.

- A decisão de interrupção desses medicamentos, considerando-se os riscos psiquiátricos, deve ser ponderada.

- Na eventualidade de variação hemodinâmica e hidroeletrolítica pode haver intoxicação se o lítio tiver sido mantido. Considerando-se sua meia-vida de 24-36 horas, a interrupção deve-se dar 72 horas antes da cirurgia. Após a cirurgia (exceção de cesareanas), se o paciente estiver estável, o lítio pode voltar a ser administrado na dose anterior.

- Com IMAO há risco de reações serotoninérgicas, de alterações hemodinâmicas. Com os ADT, há os efeitos cardíacos e as interações com anestésicos que regulam o sistema cardiovascular. Antidepressivos devem ter a dose diminuída progressivamente, a fim de evitar reação de descontinuação.

- Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) podem ser mantidos nos pacientes que se encontram física e mentalmente estáveis (ASA 1). O risco em se manter esses medicamentos relaciona-se a reações serotoninérgicas, o que pode ser minorado com o uso de anestesia e analgesia com drogas não serotoninérgicas. Outros autores consideram o risco de suspensão de drogas que podem causar síndrome de descontinuação e aconselham mantê-las.

- Antipsicóticos de primeira geração podem ser mantidos, embora haja o potencial de aumento da sedação. Um ECG deveria ser solicitado, antes da cirurgia, a fim de se observar o intervalo QTc. Em relação aos de segunda geração, ainda não há evidências para uma diretriz específica. O risco da clozapina relaciona-se a interações medicamentosas que causam repercussões hemodinâmicas. A retirada dessa droga envolve risco de descontinuação e de recaída, o que deve ser levado em conta.

- O uso de benzodiazepínicos no pré-operatório é, de modo geral, benéfico. Outros medicamentos vieram sendo testados para diminuir ansiedade, bem como sintomas após a cirurgia (melatonina, gabapentina, mirtazapina), mas em número reduzido de estudos e com resultados inconclusivos.

- Há, ainda, condições em que o paciente não pode (ou não poderá, após a cirurgia) ingerir medicamentos, como, por exemplo, inconsciência, vômitos e jejum prolongado. Nesses casos, aconselha-se manter o medicamento até a cirurgia, ou, se possível substituí-lo por outro similar, que possa ser dado por outra via. Lamentavelmente, contamos com poucas opções em situações em que um psicofármaco não pode ser administrado por via oral.

Referência:

1- Botega, N J, Garcia Júnior, C e Stefanello, S. Psicofarmaco: Uso em situações clínicas especiais in BOTEGA NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2017, pp. 561-606.

QUESTÃO 4

a)

- 1- Transtorno do espectro do autismo
- 2- Transtorno de conduta
- 3- Deficiência Intelectual, sobretudo as formas severas
- 4- Síndromes psico-orgânicas (encefalites, quadros pós TCE, meningo-encefalites, tumores, intoxicações)
- 5- Transtorno dissociativo
- 6- Quadros psicóticos na infância
- 7- Crianças em situações de vulnerabilidade e vítimas de violência
- 8- Crianças que tentaram suicídio

9 - TDAH

10 – TDO

11 - Transtorno disruptivo de regulação do humor

12- Transtorno de ajustamento (subtipo com perturbação de conduta)

13 – Episódio mania disforme

14 - Síndrome psicoorgânica (Delirium)

b)

Avaliar

- Avaliar a situação de agitação ou violência e garantir a proteção da criança, família e equipe de saúde.
- Avaliar o potencial da criança se ferir ou ferir outras pessoas
- A contenção física ou medicamentosa pode ser a primeira escolha em casos onde a segurança esteja ameaçada, mesmo que ainda não tenha sido estabelecido um diagnóstico etiológico preciso. - A presença de membros da equipe de segurança da unidade de emergência pediátrica pode ser necessária.
- O médico deve avaliar a conveniência ou não da presença de familiares dentro da sala onde a criança está sendo avaliada.
- Optar por condutas não ameaçadoras.
- Não solicitar auxílio de familiares e/ou cuidadores no manejo Após a contenção do comportamento agitado/violento:
- Elaborar Diagnóstico Situacional e psiquiátrico
- Descartar condições clínicas agudas para o quadro psiquiátrico, descartar o consumo de álcool e drogas e ingestão acidental ou intencional de medicamentos ou outras substâncias químicas
- Proporcionar à família e à criança compreensão maior do problema psiquiátrico, explicando aos pais a necessidade de sedação, quando isto se fez necessário
- Avaliar se é primeiro episódio ou se já ocorreram quadros semelhantes previamente.
- Investigar fatores de piora e de melhora no(s) episódio(s) prévio(s).
- Pesquisar condutas eficazes no(s) episódio(s) anterior(es).

- Pesquisar agitação motora e comportamento agressivo em outros membros da família, bem como uso de medicamentos psicofármacos.
 - Avaliar a necessidade de internação hospitalar.
 - Avaliar necessidade de intervenção legal (Conselho Tutelar, Juizado da Infância, Polícia) Medicações possíveis:
 - Neurolépticos:
 - Haloperidol IM
 - Fenotiazínicos (clorpromazina) IM
 - Risco de sintomas anticolinérgicos
- Riscos: aumento QT, sintomas de distonia aguda
- Prometazina IM Associação com Haloperidol
 - Benzodiazepínicos devem ser evitados pelo Risco de reação paradoxal
- * Caso necessário, pode ser usado Midazolam IM ou EV Cuidados em relação a efeitos colaterais:
 - * Realizar ECG antes e após ministração (principal)
 - * Investigar psicotrópicos já usados (dose, frequência)
 - * Investigar eventual mudança recente da prescrição
 - * Controle de sinais vitais e observação pós medicações

Referências:

1- Jacintho, A. C . A Stella, F e Laurito Jr J B. Agitação Psicomotora, cap 13 pg 271- 293 in: BOTEJA, NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artmed, 2017

QUESTÃO 5

a)

- 1- Tabagismo
- 2-Dislipidemia, Hiperlipidemia, Obesidade, Síndrome Metabólica
- 3-Doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, arritmias, [infarto agudo do miocárdio \(IAM\)](#) e [acidente vascular cerebral/encefalite \(AVC/AVEI\)](#))
- 4- Hiperprolactinemia
- 5-HIV/AIDS
- 6- Neoplasias
- 7-Hepatite C

b)

Paciente

Autopercepção deficiente de alterações corporais

Maior tolerância à dor ou a desconfortos relacionados aos transtornos mentais ou ao uso de psicofármacos que modificam a sensibilidade e/ou expressão Linguagem em que as queixas são formuladas pode fornecer poucas pistas sobre o que está acontecendo

Atribuição das queixas/alterações aos próprios problemas mentais (às vezes, de forma delirante) pode mascarar certas condições clínicas

Falta de iniciativa para procurar serviços de saúde

Entendimento falho das recomendações por conta de limitações cognitivas relacionadas aos transtornos mentais

Dificuldades executivas que podem comprometer a adesão ao tratamento

Família

Preocupação exclusiva com aspectos mentais e comportamentais do paciente

Negligência com medidas preventivas de rotina em serviços de saúde (p. ex., no caso de mulheres, ida anual ao ginecologista) Tolerância maior com hábitos prejudiciais à saúde

Profissionais da saúde

Compartimentalização do cuidado: separação (ou falta de integração adequada entre) da RAPS das UBS e

PSF Falta de estruturas adaptadas para a realização de certos procedimentos em pacientes com

necessidades especiais Não realização frequente de exame físico por parte dos psiquiatras

Falta de consideração e de monitoramento do impacto dos efeitos colaterais deletérios dos psicofármacos

Formação médica na área de psiquiatria muitas vezes é deficiente

Atribuição apressada e incorreta, por parte de clínicos generalistas e especialistas, de queixas somáticas

aos transtornos mentais de base (subdiagnóstico) Estigma: indisposição de médicos não psiquiatras em

tratar indivíduos com transtornos mentais graves (por conta do preconceito de que seriam pacientes

difíceis, complicados, não cooperativos – ou, ainda pior, menos merecedores de cuidados)

Falta de empenho de clínicos generalistas e especialistas para realizar o tratamento padrão oferecido

àqueles que não apresentam transtornos mentais

Referências:

1- Banzato, C E M e Dalgalarrodo, P. O paciente com transtorno mental grave 253-269 IN: BOTEJA, NJ.

Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artmed, 2017