



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS
CERTIFICAÇÃO PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL
EDIÇÃO 2026

PROVA PRÁTICO - CASO CLÍNICO – INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA

Nº da(o) candidata(o) _____

Instruções

1. Você está recebendo a Prova Teórico-Prática, constando de um caso clínico com quatro questões discursivas, de acordo com a opção inicial que você fez no momento da inscrição. Este é o Caso Clínico de Infância e Adolescência.
2. Você terá duas horas para responder às questões da prova Teórico-Prática. É fundamental gerenciar seu tempo com eficiência para garantir que todas as questões sejam respondidas dentro do prazo estipulado.
3. Ao iniciar a prova, é aconselhável revisar todas as questões e determinar quanto tempo dedicar a cada uma delas. Busque distribuir seu tempo de forma equilibrada para garantir que tenha a oportunidade de responder a todas. Certifique-se de fornecer respostas claras, concisas e completas.
4. Durante a prova não será permitido o uso de equipamentos eletrônicos ou materiais técnicos. Solicita-se que todos os dispositivos celulares ou eletrônicos sejam desligados ou colocados no modo silencioso antes do início da prova. Recomenda-se que estes fiquem sobre a mesa. O uso de qualquer dispositivo eletrônico durante a prova acarretará a desclassificação do candidato.
5. Caso precise usar o toailete, você pode solicitar ao coordenador da sala, que facilitará sua saída do local de prova acompanhado. Só poderá sair do local de prova um candidato por vez.
6. Na prova Teórico-Prática deverá constar apenas o seu número. Ao concluí-la, entregue ao responsável pela sala, que deverá colocar dentro de um envelope, lacrando-o diante de você e escrevendo o seu número do lado de fora do envelope.
7. Após a entrega da prova, certifique-se de assinar a lista de presença, conferindo se o seu número na Lista é o mesmo da prova.
8. O resultado desta prova será divulgado amanhã pela manhã. Caso o candidato queira entrar com recurso, deverá apresentá-lo por e-mail (certificacao@fbtc.org.br), até as 14:00 horas do dia 07 de abril de 2026.



CASO CLÍNICO

Dados de Identificação

Miguel, 9 anos, estudante do 4º ano do ensino fundamental. Mora com a mãe e os avós maternos em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo. É filho único.

Motivo da Busca por Psicoterapia

Miguel foi encaminhado pela escola para atendimento psicológico por apresentar “muita preocupação”, dificuldade para dormir sozinho, medos de que algo ruim aconteça com a mãe e com os avós, além de agitação motora na sala de aula e aparente desatenção. A professora relata que ele se levanta com frequência, mexe muito as mãos e os pés e parece “estar no mundo da lua”, principalmente em dias de prova ou quando precisa apresentar trabalhos. A partir disso a coordenação começou a levantar a hipótese de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e pediu que a mãe procurasse um atendimento em psicoterapia.

Histórico de Vida e Desenvolvimento

A gestação foi planejada e sem intercorrências significativas. Miguel nasceu de parto cesárea, a termo, com bom peso e sem complicações neonatais. Desenvolvimento neuropsicomotor dentro da faixa de normalidade: sentou, engatinhou, andou e falou dentro do esperado. Sempre foi descrito como uma criança sensível, observadora e apegada à família materna.

Na educação infantil, Miguel era tímido, mas se adaptou bem à escola, fazia amigos com facilidade quando se sentia seguro e costumava ser elogiado pelas professoras por ser “caprichoso” e “responsável demais para a idade”. Em festas e apresentações, preferia ficar nas laterais, mas, passado algum tempo, começava a interagir.

Por volta dos 7 anos, os pais começaram a ter conflitos conjugais mais intensos, com discussões frequentes em casa. Miguel passou a apresentar queixas somáticas (dor de barriga, dor de cabeça) principalmente em dias em que ouvia as brigas. Há cerca de um ano, os pais se separaram e o pai mudou-se para outra cidade, a aproximadamente 80 km. Desde então, Miguel passou a relatar medo de que “alguma coisa ruim” aconteça quando não está com a mãe, preocupando-se com assaltos, acidentes de carro e doenças graves. Começou a pedir para dormir na cama da mãe ou no quarto dos avós, e a ter dificuldade para se separar dela em situações simples, como ir à escola ou ficar na casa de colegas.

Configuração Familiar e Relações Atuais



A mãe de Miguel, Ana, 35 anos, é professora do ensino fundamental em período parcial. Ela se descreve como “preocupada e controladora”, dizendo que sempre teve dificuldade em “relaxar” e “deixar as coisas para lá”. Após a separação, voltou a morar com os pais. Refere sintomas de ansiedade desde a adolescência, mas nunca fez psicoterapia de forma contínua.

O pai, Carlos, 38 anos, é representante comercial e viaja com frequência. A mãe relata que ele é “mais largado”, que sempre achou que ela “exagerava” nos cuidados com o filho. Após a separação, as visitas ao pai ficaram quinzenais, aos finais de semana, e às vezes são desmarcadas por conta do trabalho dele. Miguel demonstra ambivalência: fica muito ansioso na véspera das visitas (“e se o papai não vier?”) e, ao mesmo tempo, muito empolgado e agitado quando está com o pai, que costuma permitir mais tempo em telas, dormir mais tarde e comer “porcarias”.

Os avós maternos exercem papel central no cuidado. A avó, Lúcia, 62 anos, aposentada, participa ativamente da rotina: leva e busca na escola, ajuda nas tarefas e costuma “defender” o neto, dizendo que ele é “muito sensível” e que “já passou por problemas demais, então faço tudo o que posso para ele”. Em situações em que Miguel demonstra medo (por exemplo, de dormir sozinho ou de ir a um aniversário sem a mãe), a avó frequentemente permite que ele evite a situação, ficando em casa com ele ou dormindo em seu quarto. O avô, Antônio, 65 anos, também é muito presente e costuma dar conselhos ao neto, mas por vezes minimiza os medos (“homem não tem medo dessas coisas”).

Há episódios de divergência entre a mãe e os avós sobre a educação: a mãe tenta impor alguns limites (como horário para dormir, tempo de tela, insistir para que ele vá à escola mesmo ansioso), enquanto os avós frequentemente flexibilizam ou “passam a mão na cabeça”, por pena de Miguel e por perceberem a mãe muito cansada. Miguel relata gostar “mais de ficar com a vó, porque ela entende” e teme decepcionar a mãe quando tira notas que julga “não tão boas”.

Com o pai, Miguel relata sentir saudade, mas também preocupação de que o pai “possa arrumar outra família e esquecer dele”. Em algumas semanas em que o pai cancela a visita, Miguel fica mais agitado, com dificuldade para se concentrar na escola e mais irritado em casa.

História Atual

Nos últimos 10 meses, Miguel apresenta preocupações intensas e quase diárias com múltiplas áreas: segurança da mãe e dos avós (“e se o carro bater?”, “e se tiver um assalto?”), desempenho escolar (“e se eu errar na prova?”, “e se a professora brigar comigo?”), saúde (“e se a gripe virar uma doença grave?”) e até situações inesperadas (“e se tiver um incêndio na escola?”, “e se o teto cair?”). A mãe relata que, muitas noites, Miguel demora mais de uma hora para dormir, pois faz uma sequência de perguntas repetitivas sobre o dia seguinte e pede garantias de que “vai dar tudo certo”.



Fisicamente, apresenta inquietação motora (balança as pernas, rola na cama), tensão muscular (aperta as mãos, range os dentes à noite segundo a avó), queixas de dor de cabeça e dor de barriga antes da escola ou de atividades avaliativas. Às vezes acorda no meio da noite e vai verificar se a mãe está respirando ou se a porta está trancada.

Na escola, a professora relata que Miguel parece distraído durante explicações, olhando para a janela ou para o relógio, e se levanta com frequência para apontar lápis ou jogar papel fora. No entanto, quando a professora se aproxima e o orienta de forma mais direta, ele consegue terminar as atividades com bom rendimento acadêmico. O desempenho em escrita, leitura e matemática é adequado para a série, embora as notas em provas tenham caído ligeiramente no último ano, principalmente por erros por pressa ou excesso de checagem (apagar e reescrever várias vezes).

A escola suspeitou de TDAH devido à agitação e à aparente desatenção, mas a mãe observa que, em casa, quando Miguel está envolvido em algo que gosta (como montar LEGO complexos ou desenhar), ele pode ficar focado por longos períodos. A mãe também relata que ele não apresentava esse nível de inquietação na educação infantil, e que os sintomas pioraram após a separação e quando o pai começou a falhar nas visitas.

Miguel descreve sentir “um nó na barriga” e “a cabeça cheia de pensamentos ruins”, principalmente à noite e em situações de avaliação escolar ou quando a mãe se atrasa para buscá-lo. Tem medo intenso de errar, de decepcionar os pais e de ser motivo de briga entre eles. Em uma sessão, contou que pensa: “Se eu não for perfeito, a mamãe vai ficar triste de novo e o papai vai sumir de vez”, “se eu não prestar atenção em tudo, alguma coisa ruim pode acontecer e vai ser culpa minha”.

Começou a evitar dormir no próprio quarto, insistindo para dormir com a mãe ou com a avó, alegando medo de ladrões, de monstros ou de que alguém da família morra enquanto ele dorme. Em dias de prova, pede para faltar ou relata fortes dores de barriga pela manhã. Quando a mãe insiste que ele vá, costuma chorar, agarrar-se a ela na porta da escola, mas acaba entrando após muita negociação. Ao retornar, geralmente relata que “não foi tão ruim quanto pensava”, embora volte a se preocupar com a nota que irá receber.

Em casa, Miguel demonstra irritabilidade, principalmente quando é contrariado ou quando não consegue terminar uma tarefa “do jeito certo”. Chega a rasgar a folha do caderno ao apagar muitas vezes, chorar por pequenos erros em desenhos ou jogos e evita começar tarefas por medo de não conseguir terminá-las perfeitamente. A mãe e os avós, com frequência, assumem partes das tarefas (como terminar um trabalho escolar ou revisar o caderno várias vezes) para “ajudar”, o que alivia temporariamente a angústia, mas mantém o padrão de dependência e de busca constante por segurança.

Manejo Inicial da Psicoterapeuta



Na avaliação inicial, Miguel chegou acompanhado da mãe e da avó materna. Mostrou-se tímido, porém cooperativo, respondendo às perguntas com certa cautela e frequentemente olhando para a mãe em busca de confirmação. Relatou sentir “muito medo de que alguma coisa ruim aconteça” e “que a cabeça não para de pensar”. A psicoterapeuta procurou estabelecer um vínculo de segurança, validando seus medos e explicando, em linguagem infantil, a relação entre pensamentos, sentimentos, sensações físicas e comportamentos.

Com a mãe e os avós, a psicoterapeuta explorou o contexto da separação, o padrão de preocupações da família e as estratégias atuais de manejo (reasseguramento constante, permissões para evitar situações temidas, dormir acompanhado, etc.), explicando, de forma psicoeducativa, como esses comportamentos, apesar de compreensíveis, podem, sem querer, manter o quadro de ansiedade de Miguel.

Foi combinado com a família a realização de sessões individuais com Miguel, sessões com os responsáveis (mãe e, quando possível, pai) e, em momentos pontuais, sessões envolvendo também os avós.

A terapeuta deixou claro que, entre as sessões, a família poderia registrar situações de maior ansiedade, pensamentos de Miguel, reações físicas e comportamentais, com o objetivo de, futuramente, construir em conjunto uma “formulação” do problema, entendendo como os pensamentos, emoções, comportamentos e o contexto familiar se inter-relacionam.

DIANTE DO QUADRO CLÍNICO APRESENTADO, RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO.

1. Apresente a hipótese diagnóstica do caso clínico. Justifique e fundamente sua hipótese apresentando três aspectos descritos nos critérios do DSM-5-TR e ilustre cada um deles a partir do relato do caso (Vale 2,0 pontos).
2. Com base na descrição do caso, identifique dois fatores de predisposição para o desenvolvimento do diagnóstico clínico e dois fatores mantenedores (Vale 1,5 pontos).
3. Considerando o modelo da Terapia Cognitivo-comportamental, baseado na descrição do caso clínico, cite: (Vale 2,0 pontos)
 - a) uma possível crença nuclear (Vale 0,5 ponto).
 - b) uma possível crença intermediária (Vale 0,20 ponto).
 - c) dois sentimentos muito prevalentes (Vale 0,30 – 0,15 cada ponto).
 - d) dois pensamentos automáticos (Vale 0,30 – 0,15 cada).
 - e) dois gatilhos atuais (Vale 0,30 – 0,15 cada).
 - f) duas estratégias compensatórias (Vale 0,4 – 0,20 cada).



4. Considerando que já foi realizada a psicoeducação sobre o processo psicoterapêutico, apresente duas intervenções que você avalia como sendo essenciais para o tratamento de Miguel. Justifique cada uma das intervenções sugeridas (Vale 2,5 pontos, sendo 1,25 para cada intervenção/ justificativa – sendo 0,25 pela intervenção e 1,0 para a justificativa).
5. Com base na descrição do caso clínico, identifique e analise duas condutas da psicoterapeuta no tratamento de Miguel, à luz da TCC. Apresente pelo menos dois argumentos (ou justificativas) para cada conduta (Vale 2,0 pontos, sendo 1,0 para cada conduta, sendo que será pontuado a partir de pelo menos dois argumentos cada conduta).

GABARITO

Questão 1

Hipótese diagnóstica principal: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) – infância

(Com ansiedade de separação como hipótese comórbida/alternativa relevante e TDAH como hipótese diferencial a ser investigada.)

Justificativa: 5 aspectos dos critérios DSM-5-TR, com ilustração no caso

Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias, acerca de diversos eventos/atividades

No caso: preocupações quase diárias e múltiplas áreas: segurança da mãe/avós (assalto, acidente), desempenho escolar (prova), saúde (gripe virar doença grave), catástrofes (incêndio, teto cair).

Dificuldade em controlar a preocupação

No caso: demora > 1 hora para dormir com “sequência de perguntas repetitivas” e pedidos de garantias; pensamentos intrusivos (“a cabeça cheia de pensamentos ruins”); necessidade de reassseguramento.

Presença de sintomas físicos/cognitivos associados (≥ 1 em crianças)

Aceitar como corretos exemplos como:

Inquietação/agitação: “balança as pernas”, levanta na sala, mexe mãos/pés, rola na cama.

Tensão muscular/bruxismo: “aperta as mãos”, “range os dentes”.

Dificuldade de concentração/mente em branco: parece “no mundo da lua”, distrai na explicação, principalmente em prova/apresentação.

Perturbação do sono: dificuldade para iniciar o sono, desperta e verifica portas/respiração.



Sintomas somáticos: dor de barriga e dor de cabeça antes da escola/prova.

Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento

No caso: evita provas (pede para faltar), choro/agarra na mãe na escola, queda de desempenho em provas por pressa ou checagem excessiva, irritabilidade em casa, prejuízo no sono e na autonomia.

O quadro não é mais bem explicado por outro transtorno (raciocínio clínico de exclusão)

No caso: a “desatenção” parece dependente de ansiedade/performance (piora em dias de prova/apresentação) e melhora com orientação direta; foco sustentado em atividades de interesse (LEGO/desenho) → sugere que ansiedade pode explicar melhor do que TDAH isolado.

(É válido no crivo aceitar menção de que TDAH deve ser avaliado, mas não é a hipótese principal.)

Observação: Se o aluno optar por Transtorno de Ansiedade de Separação como principal e justificar com critérios (medo intenso de afastamento, recusa de dormir sozinho, preocupação com perda/adoecimento dos cuidadores, recusa/sofrimento na escola), pode ser considerado parcialmente correto, porém o caso descreve preocupação generalizada multitemática (TAG) de forma bem robusta.

Questão 2

Fatores de predisposição e mantenedores (1,5)

Dois fatores de predisposição (vulnerabilidade)

Temperamento ansioso/sensível e traços de perfeccionismo/inibição

“sensível, observadora”, “responsável demais para a idade”, tímido, medo de errar, autocobrança.

Modelo familiar de ansiedade/controlado e possível aprendizagem vicária

Mãe “preocupada e controladora”, história de ansiedade desde a adolescência; ambiente que favorece vigilância/ameaça.

(Outros que podem ser aceitos como predisposição, se bem argumentados: conflitos conjugais crônicos desde os 7 anos; instabilidade do vínculo paterno pós-separação.)

Dois fatores mantenedores

Reasseguramento e acomodação familiar/evitação reforçada



Dormir com mãe/avó, avó permite evitar aniversário/dormir sozinho; família “assume tarefas” e revisa várias vezes; isso reduz ansiedade no curto prazo e mantém no longo prazo.

Checagem/hipervigilância e comportamentos de segurança

Verificar porta, checar respiração da mãe, perguntas repetitivas, excesso de checagem em provas (apagar e reescrever), evitar provas/escola → mantém crenças de ameaça e incapacidade.

Também pode ser aceito como mantenedor: inconsistência nas visitas do pai aumentando imprevisibilidade e ativação ansiosa.

Questão 3

Modelo TCC: crenças, emoções, pensamentos, gatilhos e estratégias (2,0)

a) Possível crença nuclear (0,5)

“O mundo é perigoso e eu não estou seguro.”

“Eu sou incapaz/vulnerável; não consigo lidar se algo der errado.”

b) Possível crença intermediária (0,20)

Regra/pressuposto: “Se eu não for perfeito, vou decepcionar e vou perder as pessoas.”

Regra: “Se eu não controlar tudo, algo ruim vai acontecer e será culpa minha.”

c) Dois sentimentos prevalentes (0,30 – 0,15 cada)

Ansiedade/medo (medo de assalto, acidente, doença, dormir sozinho).

Culpa/autoacusação (ideia de que será “culpa minha”).

(Alternativas aceitáveis: tristeza, irritação/frustração, vergonha.)

d) Dois pensamentos automáticos (0,30 – 0,15 cada)

“Se eu não for perfeito, a mamãe vai ficar triste e o papai vai sumir de vez.”

“Se eu não prestar atenção em tudo, alguma coisa ruim vai acontecer e vai ser culpa minha.”

(Aceitar equivalentes coerentes: “Vai dar errado”, “Vai acontecer uma tragédia”, “Eu não vou conseguir”, “A professora vai brigar comigo”.)

e) Dois gatilhos atuais (0,30 – 0,15 cada)



Situações de avaliação/performance: provas, apresentações, possibilidade de errar.

Separação/indícios de separação: mãe atrasar para buscá-lo; dormir sozinho; ir à escola; véspera de visita do pai/cancelamento.

f) Duas estratégias compensatórias (0,4 – 0,20 cada)

Evitação: faltar prova, não dormir no quarto, evitar festas sem a mãe.

Busca de segurança/reasseguramento e checagem: perguntas repetitivas, checar porta/respiração, apagar e reescrever, pedir garantias.

Também aceitar: controle/perfeccionismo; procrastinação por medo de errar; irritabilidade como escape.

Questão 4

Intervenções essenciais com justificativa (2,5)

Intervenção 1 - Exposição gradual associada a prevenção de respostas de segurança (com hierarquia)

Construir uma hierarquia (dormir no próprio quarto; ir à escola mesmo ansioso; fazer prova sem checagem excessiva; ficar em festa sem mãe por tempo progressivo) e realizar exposições repetidas, graduais e planejadas.

Justificativa: a evitação e os “comportamentos de segurança” mantêm a ansiedade por reforço negativo (alívio imediato). Exposição promove habitação/inibição do medo, aumenta senso de competência (“eu dou conta”) e reduz necessidade de checar e pedir garantias.

Intervenção 2 - Treino parental e intervenção com família (redução de acomodação associada a consistência de manejo)

Orientar mãe/avós a reduzir reasseguramento, parar de “resolver por ele”, alinhar respostas, reforçar aproximações corajosas, criar rotina de sono e separação com passos combinados; incluir pai quando possível para reduzir inconsistência (visitas previsíveis, comunicação clara).

Justificativa: grande parte do ciclo é interacional: família acolhe evitando/garantindo e isso mantém crenças de perigo/incapacidade. Intervenção parental reduz acomodação familiar, aumenta autonomia e generaliza ganhos para casa/escola.

Intervenção 3 - Reestruturação cognitiva e treino de tolerância à incerteza/perfeccionismo

O que fazer: identificar e testar previsões catastróficas (“vai acontecer algo e será culpa minha”), trabalhar excesso de responsabilidade e perfeccionismo (ex.: “bom o suficiente”), usar experimentos comportamentais, “probabilidade x possibilidade”, cartões de enfrentamento e treino de autoinstruções.



Justificativa: TAG envolve viés de ameaça e intolerância à incerteza. Miguel busca certeza (perguntas repetitivas) e controla/cheça para reduzir risco. Reestruturação associada a experimentos enfraquece crenças centrais, reduz ruminação/preocupação e diminui comportamentos compulsivos de checagem.

Intervenções adicionais aceitáveis, se bem justificadas: treino de relaxamento/respiração e consciência corporal; higiene do sono; habilidades de regulação emocional; intervenção com escola.

Questão 5

Conduta 1: Psicoeducação com a Criança e a Família

A psicoterapeuta iniciou o processo explicando a relação entre pensamentos, sentimentos, sensações físicas e comportamentos para Miguel, além de orientar a família sobre como as estratégias de proteção (reasseguramento e esquiva) mantêm a ansiedade.

Argumento A (Socialização no Modelo): Na TCC, a psicoeducação é o pilar inicial. Ao explicar o "modelo cognitivo" em linguagem infantil, a terapeuta ajuda Miguel a identificar que seus sintomas físicos (nó na barriga, agitação) não são doenças, mas respostas aos seus "pensamentos ruins". Isso reduz o medo do sintoma e aumenta o engajamento no tratamento.

Argumento B (Modificação de Padrões de Manutenção): Ao orientar a mãe e os avós, a terapeuta atua sobre as variáveis ambientais. O comportamento da avó de permitir a esquiva (não ir a festas ou dormir acompanhado) funciona como um reforçador negativo, aliviando a ansiedade no curto prazo, mas impedindo que Miguel desenvolva autonomia e perceba que é capaz de lidar com o medo. A psicoeducação prepara a família para mudar essa dinâmica.

Conduta 2: Diagnóstico Diferencial e Formulação de Caso

A terapeuta optou por coletar dados detalhados (registros de pensamentos, análise do contexto da separação e comportamento em diferentes ambientes) antes de fechar o diagnóstico de TDAH sugerido pela escola.

Argumento A (Análise Funcional da "Desatenção"): A TCC prioriza entender a função do comportamento. Os dados sugerem que a "desatenção" de Miguel não é um déficit neurobiológico primário (como no TDAH), mas sim uma ansiedade cognitiva (Transtorno de Ansiedade Generalizada ou de Separação). Ele parece "no mundo da lua" porque está engajado em processos de preocupação ("e se o carro bater?"), e sua agitação motora é uma manifestação de tensão muscular e hipervigilância, não de hiperatividade motora pura.



Argumento B (Identificação de Crenças Nucleares e Regras): A conduta de registrar situações e pensamentos visa construir a formulação de caso. Isso permitiu identificar crenças de desamparo e responsabilidade excessiva ("Se eu não for perfeito, o papai vai sumir"). Sem essa análise profunda, um tratamento focado apenas em sintomas de TDAH seria ineficaz, pois não abordaria as distorções cognitivas (perfeccionismo e catastrofização) que geram o sofrimento da criança.