

# CID-10

## Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10

**Descrições  
clínicas  
e diretrizes  
diagnósticas**





## CID-10

### F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais reunidos tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos.

A demência ([F00-F03](#)) é uma síndrome devida a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de uma obnubilação da consciência. O comprometimento das funções cognitivas se acompanha habitualmente e é por vezes precedida por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. A síndrome ocorre na doença de Alzheimer, em doenças cerebrovasculares e em outras afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.

Usar código adicional, se necessário, para identificar a doença subjacente.

#### F00\* Demência na doença de Alzheimer ([G30.-†](#))

A doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. O transtorno é usualmente insidioso no início e se desenvolve lenta mas continuamente durante um período de vários anos.

#### F00.0\* Demência na doença de Alzheimer de início precoce ([G30.0†](#))

Demência na doença de Alzheimer com início antes da idade de 65 anos, com um curso de deterioração relativamente rápido e com transtornos múltiplos e marcantes das funções corticais superiores.

Demência degenerativa primária do tipo Alzheimer, de início pré-senil

Demência pré-senil, tipo Alzheimer

Doença de Alzheimer, tipo 2

#### F00.1\* Demência na doença de Alzheimer de início tardio ([G30.1†](#))

Demência na doença de Alzheimer com início após a idade de 65 anos, e usualmente ao fim do oitavo decênio (70-79 anos) ou após esta idade; evolui lentamente e se caracteriza essencialmente por uma deterioração da memória.

Demência degenerativa primária do tipo Alzheimer, de início na senilidade

Demência senil do tipo Alzheimer

Doença de Alzheimer, tipo 1

#### F00.2\* Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista ([G30.8†](#))

Demência atípica do tipo Alzheimer

#### F00.9\* Demência não especificada na doença de Alzheimer ([G30.9†](#))

### F01 Demência vascular

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos mas cumulativos em seus efeitos. O seu início se dá em geral na idade avançada.

**Inclui:**

demência arteriosclerótica

### **F01.0 Demência vascular de início agudo**

Desenvolve-se usual e rapidamente em seguida a uma sucessão de acidentes vasculares cerebrais por trombose, embolia ou hemorragia. Em casos raros, a causa pode ser um infarto único e extenso.

### **F01.1 Demência por infartos múltiplos**

Demência vascular de início gradual, que se segue a numerosos episódios isquêmicos transitórios que produzem um acúmulo de infartos no parênquima cerebral.

Demência predominantemente cortical

### **F01.2 Demência vascular subcortical**

Demência vascular que ocorre no contexto de antecedentes de hipertensão arterial e focos de destruição isquêmica na substância branca profunda dos hemisférios cerebrais. O córtex cerebral está usualmente preservado, fato este que contrasta com o quadro clínico que pode se assemelhar de perto á demência da doença de Alzheimer.

### **F01.3 Demência vascular mista, cortical e subcortical**

### **F01.8 Outra demência vascular**

### **F01.9 Demência vascular não especificada**

## **F02\* Demência em outras doenças classificadas em outra parte**

Casos de demência devida a, ou presumivelmente devida a, outras causas que não a doença de Alzheimer ou doença cerebrovascular. O início pode ocorrer em qualquer época na vida, embora raramente na idade avançada.

### **F02.0\* Demência da doença de Pick ([G31.0†](#))**

Demência progressiva, com início na meia idade, caracterizada por alterações do caráter precoces de curso lentamente progressivo e de deterioração social, seguindo-se prejuízo das funções intelectuais, da memória e da linguagem, acompanhadas de apatia, euforia e, ocasionalmente, de sintomas extrapiramidais.

### **F02.1\* Demência na doença de Creutzfeldt-Jakob ([A81.0†](#))**

Demência de evolução progressiva, com extensos sinais neurológicos, decorrentes de alterações neuropatológicas específicas presumivelmente causadas por um agente transmissível. O início se dá na idade madura ou posteriormente, mas pode ocorrer em qualquer fase da idade adulta. O curso é subagudo, conduzindo à morte em um ou dois anos.

### **F02.2\* Demência na doença de Huntington ([G10†](#))**

Demência que ocorre como parte de uma degeneração cerebral difusa. O transtorno é transmitido por um único gene autossômico dominante. Os sintomas surgem tipicamente na terceira e quarta décadas. A progressão é lenta, conduzido à morte usualmente em 10 a 15 anos.

Demência na coréia de Huntington

### **F02.3\* Demência na doença de Parkinson ([G20†](#))**

Demência que se desenvolve no curso de doença de Parkinson estabelecida. Não se demonstraram ainda quaisquer características clínicas distintas particulares.

Demência (na) (no):

- paralisia agitante
- parkinsonismo

### **F02.4\* Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] ([B22.0†](#))**

Demência que se desenvolve no curso da doença pelo HIV, na ausência de qualquer outra doença ou infecção concomitante que pudesse explicar a presença das características clínicas.

## F02.8\* Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte

Demência (na) (no) (nos):

- deficiência de:
  - niacina [pelagra] ([E52†](#))
  - vitamina B<sub>12</sub> ([E53.8†](#))
- degeneração hepatolenticular ([E83.0†](#))
- epilepsia ([G40.-†](#))
- esclerose múltipla ([G35†](#))
- hipercalcemia ([E83.5†](#))
- hipotireoidismo adquirido ([E01.-†](#), [E03.-†](#))
- intoxicações ([T36-T65†](#))
- lipidose cerebral ([E75.-†](#))
- lúpus eritematoso sistêmico ([M32.-†](#))
- neurosífilis ([A52.1†](#))
- poliarterite nodosa ([M30.0†](#))
- tripanossomíase ([B56.-†](#), [B57.-†](#))

## F03 Demência não especificada

Demência:

- degenerativa primária SOE
- pré-senil SOE
- senil:
  - SOE
  - forma depressiva ou paranóide SOE

Psicose:

- pré-senil SOE
- senil SOE

**Exclui:**

demência senil com delirium ou estado confusional agudo ([F05.1](#))  
senilidade SOE ([R54](#))

## F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome dominada por um comprometimento importante das memórias recente e remota, ao passo que a memória imediata permanece preservada com habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal. A confabulação pode ser uma característica importante, mas a percepção e as outras funções cognitivas, dentre elas a inteligência, estão habitualmente intactas. O prognóstico depende da evolução da lesão subjacente.

Psicose ou síndrome de Korsakov, não-alcoólica

**Exclui:**

amnésia:

- SOE ([R41.3](#))
- anterógrada ([R41.1](#))
- dissociativa ([F44.0](#))
- retrógrada ([R41.2](#))

síndrome de Korsakov:

- induzida pelo álcool ou não especificada ([F10.6](#))
- induzida por outras substâncias psicoativas ([F11-F19](#) com quarto caractere comum .6)

## F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo vigília-sono. A duração é variável e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves.

**Inclui:**

estado confusional (não-alcoólico)	}	
psicose infecciosa		
reação orgânica	{	aguda(o) ou sub-aguda(o)
síndrome:	{	
• cerebral		
• psicoorgânica	}	

**Exclui:**

delirium tremens induzido pelo álcool ou não especificado ([F10.4](#))

**F05.0 Delirium não superposto a uma demência, assim descrito**

**F05.1 Delirium superposto a uma demência**

Afecções que satisfazem os critérios acima mas sobrevivendo no curso de uma demência ([F00-F03](#)).

**F05.8 Outro delirium**

Delirium de etiologia mista

**F05.9 Delirium não especificado**

**F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física**

Inclui diversas afecções superpostas a um transtorno cerebral devido a uma doença cerebral primária, a uma doença sistêmica que acomete secundariamente o cérebro, a substâncias tóxicas ou hormônios exógenos, a transtornos endócrinos ou a outras doenças somáticas.

**Exclui:**

associados com:

- delirium ([F05.-](#))
- demência, como classificado em [F00-F03](#)

decorrentes do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas ([F10-F19](#))

**F06.0 Alucinação orgânica**

Transtorno caracterizado por alucinações persistentes ou recorrentes, habitualmente visuais ou auditivas, na ausência de uma obnubilação da consciência, e que o sujeito pode ou não reconhecer como tais. As alucinações podem dar origem a uma elaboração delirante, mas as idéias delirantes não estão no primeiro plano; a autocrítica pode estar preservada.

Estado alucinatório orgânico (não-alcoólico)

**Exclui:**

alucinação alcoólica ([F10.5](#))

esquizofrenia ([F20.-](#))

**F06.1 Estado catatônico orgânico**

Transtorno caracterizado por uma diminuição (estupor) ou um aumento (agitação) da atividade psicomotora e por sintomas catatônicos. Os dois pólos da perturbação psicomotora podem se alternar.

**Exclui:**

esquizofrenia catatônica ([F20.2](#))

estupor:

- SOE ([R40.1](#))
- dissociativo ([F44.2](#))

**F06.2 Transtorno delirante orgânico [tipo esquizofrênico]**

Transtorno caracterizado pela presença dominante no quadro clínico de idéias delirantes persistentes ou recorrentes. As idéias delirantes podem ser acompanhadas de alucinações. Certas características sugestivas de esquizofrenia, tais como alucinações bizarras ou transtornos do pensamento, podem estar presentes.

Estados paranóides e estados paranóides e alucinatórios de origem orgânica

Psicose de tipo esquizofrênico na epilepsia

**Exclui:**

esquizofrenia ([F20.-](#))

transtornos:

- delirantes persistentes ([F22.-](#))
- psicótico(s):
  - agudo e transitório ([F23.-](#))
  - induzidos por drogas ([F11-F19](#) com quarto caractere comum .5)

### **F06.3 Transtornos do humor [afetivos] orgânicos**

Transtornos caracterizados por alteração do humor ou do afeto, habitualmente acompanhados de uma alteração do nível global da atividade, transtornos depressivos, hipomaniacos, maníacos ou bipolares (ver [F30-F38](#)), mas provocados por um transtorno orgânico.

**Exclui:**

transtornos do humor, não-orgânicos ou não especificados ([F30-F39](#))

### **F06.4 Transtornos da ansiedade orgânicos**

Transtorno caracterizado pela presença das características descritivas essenciais de uma ansiedade generalizada ([F41.1](#)), de um transtorno de pânico ([F41.0](#)) ou de uma combinação de ambas, mas provocada por um transtorno orgânico.

**Exclui:**

transtornos da ansiedade não-orgânicos ou não especificados ([F41.-](#))

### **F06.5 Transtorno dissociativo orgânico**

Transtorno caracterizado por uma perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, a consciência da identidade e as sensações imediatas e o controle dos movimentos corpóreos (ver [F44.-](#)), mas provocado por um transtorno orgânico.

**Exclui:**

transtornos dissociativos [de conversão], não-orgânicos ou não especificados ([F44.-](#))

### **F06.6 Transtorno de labilidade emocional [astênico] orgânico**

Transtorno caracterizado por uma incontinência ou labilidade emocional, uma fatigabilidade e por diversas sensações físicas desagradáveis (por exemplo, vertigens) e por dores, mas provocado por um transtorno orgânico.

**Exclui:**

transtornos somatoformes, não-orgânicos ou não especificados ([F45.-](#))

### **F06.7 Transtorno cognitivo leve**

Transtorno caracterizado por uma alteração da memória, por dificuldades de aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos. Ocorre freqüentemente uma forte sensação de fadiga mental quando tenta executar tarefas mentais e um aprendizado novo é percebido ser subjetivamente difícil mesmo se objetivamente bem realizado. Nenhum desses sintomas é de tal gravidade que possa conduzir ao diagnóstico quer de demência ([F00-F03](#)) quer de delirium ([F05.-](#)). Este diagnóstico deverá ser feito apenas quando houver uma associação com um transtorno físico especificado e não deverá ser feito caso haja presença de qualquer transtorno mental ou de comportamento classificados em [F10-F99](#). O transtorno pode preceder, acompanhar ou seguir-se a uma ampla variedade de infecções e de transtornos físicos, tanto cerebrais como sistêmicos, entretanto não havendo a necessidade de evidência direta de comprometimento cerebral. O diagnóstico diferencial com a síndrome pós-encefálica ([F07.1](#)) e com a síndrome pós-traumática ([F07.2](#)) é feita com base na sua etiologia diferente, na restrição maior da amplitude dos sintomas geralmente mais leves e freqüentemente na menor duração.

### **F06.8 Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física**

Psicose epiléptica SOE

## **F06.9 Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física**

Síndrome cerebral orgânica SOE  
Transtorno mental orgânico SOE

## **F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral**

Alteração da personalidade e do comportamento que poderia constituir um transtorno residual ou concomitante de uma doença, uma lesão, ou uma disfunção cerebral.

### **F07.0 Transtorno orgânico da personalidade**

Transtorno caracterizado por uma alteração significativa dos modos de comportamento que eram habituais ao sujeito antes do advento da doença; as perturbações concernem em particular à expressão das emoções, das necessidades e dos impulsos. O quadro clínico pode, além disto, comportar uma alteração das funções cognitivas, do pensamento e da sexualidade.

Estado pós-leucotomia orgânica

Personalidade pseudopsicopática | orgânica

Pseudodebilidade |

Psicossíndrome da epilepsia do sistema límbico

Síndrome (dos):

- frontal
- lobotomizados
- pós-leucotomia

#### **Exclui:**

alterações duradouras da personalidade após:

- doenças psiquiátricas ([F62.1](#))
- experiência catastrófica ([F62.0](#))

síndrome:

- pós-encefálica ([F07.1](#))
- pós-traumática ([F07.2](#))

transtorno específico da personalidade ([F60.-](#))

### **F07.1 Síndrome pós-encefálica**

Alteração residual do comportamento, não específica e variável, após cura de uma encefalite viral ou bacteriana. A principal diferença entre esta síndrome e os transtornos orgânicos da personalidade é que a mesma é reversível.

#### **Exclui:**

transtorno orgânico da personalidade ([F07.0](#))

### **F07.2 Síndrome pós-traumática**

Síndrome que ocorre seguindo-se a um traumatismo craniano (habitualmente de gravidade suficiente para provocar a perda da consciência) e que comporta um grande número de sintomas tais como cefaléia, vertigens, fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração, dificuldades de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao "stress", às emoções ou ao álcool.

Síndrome:

- cerebral pós-traumática não-psicótica
- pós-traumática (encefalopatia)

### **F07.8 Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção**

Transtorno afetivo orgânico do hemisfério direito

### **F07.9 Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido a doença cerebral, lesão e disfunção**

Psicossíndrome orgânica

## **F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado**



Psicose:

- orgânica SOE
- sintomática SOE

**Exclui:**

psicose SOE ([F29](#))



## **F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa**

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O terceiro caractere do código identifica a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico. Os códigos devem ser usados, como determinado, para cada substância especificada, mas deve-se notar que nem todos os códigos de quarto caractere podem ser aplicados a todas as substâncias.

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis. Estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa. O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Diagnósticos suplementares devem ser codificados quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação (quarto caractere comum .0), efeitos nocivos à saúde (quarto caractere comum .1), dependência (quarto caractere comum .2) ou outros transtornos (quarto caractere comum .3-.9).

O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias ([F19.-](#)) deve ser reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas.

**Exclui:**

abuso de substâncias que não produzem dependência ([F55](#))

As subdivisões seguintes de quarto caractere devem ser usadas com as categorias [F10-F19](#):

### **.0 Intoxicação aguda**

Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

Bebedeira SOE

Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoativa

Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação patológica

“Más viagens” (drogas)

**Exclui:**

intoxicação significando envenenamento ([T36-T50](#))

**.1 Uso nocivo para a saúde**

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

Abuso de uma substância psicoativa

**.2 Síndrome de dependência**

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

Alcoolismo crônico

Dipsomania

Toxicomania

**.3 Síndrome [estado] de abstinência**

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

**.4 Síndrome de abstinência com delirium**

Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere [.3](#) se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em [F05.-](#). Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em [F05.8](#).

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

**.5 Transtorno psicótico**

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas freqüentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (freqüentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensório não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.

Alucinose

Ciúmes

Paranóia

Psicose SOE

**Exclui:**

transtornos psicóticos induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, residuais ou de instalação tardia ([F10-F19](#) com quarto caractere comum [.7](#))

**.6 Síndrome amnésica**

Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada

Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

**Exclui:**

psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica (F04)

### **.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia**

Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os "flashbacks" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e freqüentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Demência:

- alcoólica SOE
- e outras formas leves de alterações duradouras das funções cognitivas "Flashbacks"

Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica

Transtorno (da) (das):

- afetivo residual
- percepções persistentes induzidos pelo uso de alucinógenos
- personalidade e do comportamento residual
- psicótico de instalação tardia, induzido pelo uso de substâncias psicoativas

**Exclui:**

estado psicótico induzido pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .5)

síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .6)

### **.8 Outros transtornos mentais ou comportamentais**

#### **.9 Transtorno mental ou comportamental não especificado**

#### **F10.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

#### **F11.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

#### **F12.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F13.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F15.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F16.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F17.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F18.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

### F19.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

Usar esta categoria quando se sabe que duas ou mais substâncias psicoativas estão envolvidas, não sendo possível, entretanto, identificar qual substância contribui mais para os transtornos. Esta categoria deverá ser usada quando a identidade exata de alguma ou mesmo de todas as substâncias psicoativas consumidas é incerta ou desconhecida, desde que muitos usuários de múltiplas drogas freqüentemente não sabem pormenores daquilo que consomem.

**Inclui:**

abuso de drogas SOE



## F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios. Os transtornos esquizoafetivos foram mantidos nesta seção, ainda que sua natureza permaneça controversa.

### F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento,

a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em [F06.2](#); os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em [F10-F19](#) com quarto caractere comum .5.

**Exclui:**

- esquizofrenia:
  - aguda (indiferenciada) ([F23.2](#))
  - cíclica ([F25.2](#))
- reação esquizofrênica ([F23.2](#))
- transtorno esquizotípico ([F21](#))

### **F20.0 Esquizofrenia paranóide**

A esquizofrenia paranóide se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

Esquizofrenia parafrênica

**Exclui:**

- estado paranóico de involução ([F22.8](#))
- paranóia ([F22.0](#))

### **F20.1 Esquizofrenia hebefrênica**

Forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem freqüentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas "negativos", particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

Esquizofrenia desorganizada

Hebefrenia

### **F20.2 Esquizofrenia catatônica**

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado com um estado oníróide com alucinações cênicas vívidas.

- Catalepsia                    )
- Catatonía                    )    esquizofrênica(o)
- Flexibilidade cêrea        [
- Estupor catatônico        ]

### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos

em [F20.0-F20.2](#), ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas.

Esquizofrenia atípica

**Exclui:**

- depressão pós-esquizofrênica ([F20.4](#))
- esquizofrenia indiferenciada crônica ([F20.5](#))
- transtorno psicótico agudo tipo esquizofrênico ([F23.2](#))

#### **F20.4 Depressão pós-esquizofrênica**

Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Ao menos alguns sintomas esquizofrênicos "positivos" ou "negativos" devem ainda estar presentes mas não dominam mais o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio. Se o paciente não apresenta mais nenhum sintoma esquizofrênico, deve-se fazer um diagnóstico de episódio depressivo ([F32.-](#)). Se os sintomas esquizofrênicos ainda são aparentes e proeminentes, deve-se manter o diagnóstico da forma clínica apropriada da esquizofrenia ([F20.0-.3](#)).

#### **F20.5 Esquizofrenia residual**

Estádio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos" embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

Defeito esquizofrênico (Restzustand)

Esquizofrenia indiferenciada crônica

Estado esquizofrênico residual

Restzustand (esquizofrênico)

#### **F20.6 Esquizofrenia simples**

Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos.

#### **F20.8 Outras esquizofrenias**

Ataque esquizofreniforme SOE

Esquizofrenia cenestopática

Psicose esquizofreniforme SOE

Transtorno esquizofreniforme SOE

**Exclui:**

- transtornos esquizofreniformes breves ([F23.2](#))

#### **F20.9 Esquizofrenia não especificada**

### **F21 Transtorno esquizotípico**

Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; idéias paranóides ou bizarras sem que se apresentem idéias delirantes autênticas; ruminções obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e idéias pseudodelirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade.

Esquizofrenia:

- "borderline"
- latente
- pré-psicótica

- prodrômica
- pseudoneurótica
- pseudopsicopática

Reação esquizofrênica latente

Transtorno esquizotípico da personalidade

**Exclui:**

personalidade esquizóide ([F60.1](#))

síndrome de Asperger ([F84.5](#))

## F22 Transtornos delirantes persistentes

Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de idéias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos. Quando a duração de um transtorno delirante é inferior a poucos meses, este último deve ser classificado, ao menos temporariamente, em [F23.-](#).

### F22.0 Transtorno delirante

Transtorno caracterizado pela ocorrência de uma idéia delirante única ou de um conjunto de idéias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. O conteúdo da idéia ou das idéias delirantes é muito variável. A presença de alucinações auditivas (vozes) manifestas e persistentes, de sintomas esquizofrênicos tais como idéias delirantes de influência e um embotamento nítido dos afetos, e a evidência clara de uma afecção cerebral, são incompatíveis com o diagnóstico. Entretanto, a presença de alucinações auditivas ocorrendo de modo irregular ou transitório, particularmente em pessoas de idade avançada, não elimina este diagnóstico, sob condição de que não se trate de alucinações tipicamente esquizofrênicas e de que elas não dominem o quadro clínico.

Delírio sensitivo de auto-referência [Sensitive Beziehungswahn]

Estado paranóico

Parafrenia (tardia)

Paranóia

Psicose paranóica

**Exclui:**

esquizofrenia paranóide ([F20.0](#))

personalidade paranóica ([F60.0](#))

psicose paranóide psicogênica ([F23.3](#))

reação paranóide ([F23.3](#))

### F22.8 Outros transtornos delirantes persistentes

Transtornos nos quais a idéia ou as idéias delirante(s) são acompanhadas de alucinações auditivas persistentes tipo vozes, ou de sintomas esquizofrênicos que não satisfazem os critérios diagnósticos da esquizofrenia ([F20.-](#)).

Dismorfofobia delirante

Estado paranóico de involução

Paranóia querulans

### F22.9 Transtorno delirante persistente não especificado

## F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como idéias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo "agudo" é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se freqüentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delirium de origem orgânica ([F05.-](#)). Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um "stress" agudo (os acontecimentos geralmente geradores de "stress" precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).



### **F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos**

Transtorno psicótico agudo que comporta alucinações, idéias delirantes ou perturbações das percepções manifestas, mas muito variáveis, mudando de dia para dia ou mesmo de hora para hora. Existe freqüentemente uma desordem emocional que se acompanha de sentimentos intensos e transitórios de felicidade ou de êxtase, ou de ansiedade e de irritabilidade. O polimorfismo e a instabilidade são a característica do quadro clínico. As características psicóticas não correspondem aos critérios diagnósticos da esquizofrenia (F20.-). Estes transtornos tem freqüentemente um início repentino, desenvolvendo-se em geral rapidamente no espaço de poucos dias e desaparecendo também em geral rapidamente, sem recidivas. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-).

Bouffée delirante } sem sintomas de esquizofrenia ou não especificados  
Psicose ciclóide {

### **F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos**

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença do quadro clínico polimorfo e instável descrito em F23.0, mas comportando além disso, e apesar da instabilidade do quadro clínico, alguns sintomas tipicamente esquizofrênicos, presentes durante a maior parte do tempo. Quando os sintomas esquizofrênicos persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-).

Bouffée delirante com sintomas de esquizofrenia  
Psicose ciclóide com sintomas de esquizofrenia

### **F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (schizophrenia-like)**

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença de sintomas psicóticos relativamente estáveis e justificam o diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), mas que persistem por menos de um mês. As características polimorfas instáveis descritas em F23.0 estão ausentes. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-).

Ataque }  
Psicose } esquizofreniforme breve  
Transtorno }

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)

Onirofrenia

Reação esquizofrênica

#### **Exclui:**

transtorno orgânico delirante [tipo esquizofrênico] (F06.2)

transtornos esquizofreniformes SOE (F20.8)

### **F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes**

Transtorno psicótico agudo, caracterizado pela presença de idéias delirantes ou de alucinações relativamente estáveis, mas que não justificam um diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Quando as idéias delirantes persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-).

Psicose paranóica psicogênica

Reação paranóica

### **F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios**

Todos os outros transtornos psicóticos agudos especificados, para os quais não há evidência de uma etiologia orgânica, e que não justificam a classificação em F23.0-.3.

### **F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado**

Psicose reativa breve SOE

Psicose reativa

## **F24 Transtorno delirante induzido**

Transtorno delirante partilhado por duas ou mais pessoas ligadas muito estreitamente entre si no plano emocional. Apenas uma dessas pessoas apresenta um transtorno psicótico autêntico; as idéias delirantes são induzidas na(s) outra(s) e são habitualmente abandonadas em caso de separação das pessoas.

“Folie à deux”



Transtorno:

- paranóico { induzido
- psicótico {

## F25 Transtornos esquizoafetivos

Trata-se de transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio depressivo ou maníaco. Outras afecções em que os sintomas afetivos estão superpostos a doença esquizofrênica pré-existente ou coexistem ou alternam com transtornos delirantes persistentes de outros tipos, são classificados em [F20-F29](#). Os sintomas psicóticos que não correspondem ao caráter dominante do transtorno afetivo, não justificam um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

### F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco

Transtorno em que tanto sintomas esquizofrênicos quanto maníacos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio maníaco. Esta categoria deveria ser usada tanto para um único episódio, quer para classificar um transtorno recorrente no qual a maioria dos episódios são esquizoafetivos do tipo maníaco.

Psicose:

- esquizoafetiva, tipo maníaco
- esquizofreniforme, tipo maníaco

### F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo

Transtorno em que os sintomas esquizofrênicos e os sintomas depressivos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica o diagnóstico nem de esquizofrenia nem de um episódio depressivo. Esta categoria deve ser utilizada para classificar quer um episódio isolado, quer um transtorno recorrente no qual a maioria dos episódios são esquizoafetivos do tipo depressivo.

Psicose:

- esquizoafetiva, tipo depressivo
- esquizofreniforme, tipo depressivo

### F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

Esquizofrenia cíclica

Psicose esquizofrênica e afetiva mista

### F25.8 Outros transtornos esquizoafetivos

### F25.9 Transtorno esquizoafetivo não especificado

Psicose esquizoafetiva SOE

## F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

Transtornos delirantes ou alucinatórios que não justificam os diagnósticos de esquizofrenia ([F20.-](#)), dos transtornos delirantes persistentes ([F22.-](#)), dos transtornos psicóticos agudos e transitórios ([F23.-](#)), de um episódio maníaco do tipo psicótico ([F30.2](#)), ou de um episódio depressivo grave ([F32.3](#)).

Psicose alucinatória crônica

## F29 Psicose não-orgânica não especificada

Psicose SOE

**Exclui:**

- psicose orgânica ou sintomática SOE ([F09](#))
- transtorno mental SOE ([F99](#))



## F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elevação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível

global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

## F30 Episódio maníaco

Todas as subdivisões desta categoria se aplicam exclusivamente a um episódio isolado. Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios afetivos prévios (depressivo, hipomaníaco, maníaco, ou misto) deve conduzir a um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

**Inclui:**

transtorno bipolar, episódio maníaco isolado

### F30.0 Hipomania

Transtorno caracterizado pela presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor, da energia e da atividade, associada em geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe frequentemente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e uma redução da necessidade de sono; estes sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretensiosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de idéias delirantes.

### F30.1 Mania sem sintomas psicóticos

Presença de uma elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Esta elação se acompanha de um aumento da energia, levando à hiperatividade, um desejo de falar e uma redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida, e existe frequentemente uma grande distração. O sujeito apresenta frequentemente um aumento do auto-estima com idéias de grandeza e superestimativa de suas capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes, irrazoáveis, inapropriadas ou deslocadas.

### F30.2 Mania com sintomas psicóticos

Presença, além do quadro clínico descrito em [F30.1](#), de idéias delirantes (em geral de grandeza) ou de alucinações (em geral do tipo de voz que fala diretamente ao sujeito) ou de agitação, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias de uma gravidade tal que o sujeito se torna incompreensível ou inacessível a toda comunicação normal.

Estupor maníaco

Mania com sintomas psicóticos:

- congruentes com o humor
- incongruentes com o humor

### F30.8 Outros episódios maníacos

### F30.9 Episódio maníaco não especificado

Mania SOE

## F31 Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

**Inclui:**

doença }  
psicose } maníaco-depressiva  
reação }

**Exclui:**

ciclotimia ([F34.0](#))

transtorno bipolar, episódio maníaco isolado ([F30.-](#))

### **F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco**

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

### **F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos**

Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos ([F30.1](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

### **F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos**

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maníaco com sintomas psicóticos ([F30.2](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

### **F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado**

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado ([F32.0](#) ou [F32.1](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

### **F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos**

Episódio atual correspondentes à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos ([F32.2](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

### **F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos**

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos ([F32.3](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

### **F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto**

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto bem documentado, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

**Exclui:**

episódio afetivo misto isolado ([F38.0](#))

### **F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão**

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto) mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

### **F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares**

Episódios maníacos recidivantes SOE  
Transtorno bipolar II

### **F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado**

## **F32 Episódios depressivos**

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral

problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

**Inclui:**

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
  - psicogênica
  - reativa
- reação depressiva

**Exclui:**

quando associados com transtornos de conduta em [F91.-](#) ([F92.0](#)) transtornos (de):

- adaptação ([F43.2](#))
- depressivo recorrente ([F33.-](#))

### **F32.0 Episódio depressivo leve**

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

### **F32.1 Episódio depressivo moderado**

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

### **F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos**

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

Depressão:

- agitada }  
• maior } episódio único sem sintomas psicóticos  
• vital }

### **F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos**

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave ([F32.2](#)) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
  - major com sintomas psicóticos
  - psicótica
  - psicose depressiva:
    - psicogênica
    - reativa

### **F32.8 Outros episódios depressivos**

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE

### **F32.9 Episódio depressivo não especificado**

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

## F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

### **Inclui:**

episódios recorrentes de uma:

- depressão
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

### **Exclui:**

episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)

### **F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve**

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

### **F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado**

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

### **F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos**

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão:

- endógena }  
• maior recorrente } sem sintomas psicóticos  
• vital recorrente }

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

### **F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos**

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

- depressão:
  - maior com sintomas psicóticos
  - psicótica
- psicose depressiva:
  - psicogênica
  - reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

### **F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão**

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima ([F33.0-F33.3](#)) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

### **F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes**

### **F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação**

Depressão unipolar SOE

## **F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes**

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

### **F34.0 Ciclotimia**

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar ([F31.-](#)) ou de um transtorno depressivo recorrente ([F33.-](#)). O transtorno se encontra freqüentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias posteriormente um transtorno afetivo bipolar.

Personalidade:

- ciclóide
- ciclotímica

Transtorno afetivo da personalidade

### **F34.1 Distímia**

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve ([F33.-](#)).

Depressão:

- ansiosa persistente
- neurótica

Neurose depressiva

Personalidade depressiva

**Exclui:**

depressão ansiosa (leve ou não-persistente) ([F41.2](#))

### **F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes**

### **F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado**

## **F38 Outros transtornos do humor [afetivos]**

Quaisquer outros transtornos de humor que não justificam ser classificados em [F30-F34](#) por não apresentarem gravidade ou duração suficientes.

### **F38.0 Outros transtornos do humor [afetivos] isolados**

Episódio afetivo misto

### **F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes**

Episódio depressivo recorrente breve

### **F38.8 Outros transtornos especificados do humor [afetivos]**

## **F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado**

Psicose afetiva SOE



## **F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes**

### **Exclui:**

quando associado aos transtornos de conduta classificados em [F91.-](#) ([F92.8](#))

### **F40 Transtornos fóbico-ansiosos**

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e freqüentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica freqüentemente se associa a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame.

#### **F40.0 Agorafobia**

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

Agorafobia sem antecedentes de transtorno de pânico  
Transtorno de pânico com agorafobia

#### **F40.1 Fobias sociais**

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da auto-estima e de um medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico.

Antropofobia

Neurose social

#### **F40.2 Fobias específicas (isoladas)**

Fobias limitadas a situação altamente específicas tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social.

Acrofobia

Claustrofobia

Fobia(s) (de):

- animais
- simples

### **Exclui:**

dismorfofobia (não-delirante) ([F45.2](#))

nosofobia ([F45.2](#))

#### **F40.8 Outros transtornos fóbico-ansiosos**

#### **F40.9 Transtorno fóbico-ansioso não especificado**



## F41 Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados essencialmente pela presença das manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

### F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

Ataque }  
Estado } de pânico  
Síndrome }

**Exclui:**

transtorno de pânico com agorafobia ([F40.0](#))

### F41.1 Ansiedade generalizada

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos.

Estado { ansiosa(o)  
Neurose {  
Reação de angústia

**Exclui:**

neurastenia ([F48.0](#))

### F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.

Depressão ansiosa (leve ou não-persistente)

### F41.3 Outros transtornos ansiosos mistos

Sintomas ansiosos mistos se acompanham de características de outros transtornos citados em [F42-F48](#). Nenhum tipo de sintoma é suficientemente grave para justificar diagnósticos isolados.

### F41.8 Outros transtornos ansiosos especificados

Histeria de angústia

### F41.9 Transtorno ansioso não especificado

Ansiedade SOE



## F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, freqüentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, freqüentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

### **Inclui:**

- neurose:
- anancástica
- obsessivo-compulsiva

### **Exclui:**

personalidade (transtorno da) obsessivo-compulsiva ([F60.5](#))

### **F42.0 Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de idéias ou de ruminções obsessivas**

Pode-se tratar de pensamentos, imagens mentais ou impulsos para agir, quase sempre angustiantes para o sujeito. As vezes trata-se de hesitações intermináveis entre várias opções, que se acompanham freqüentemente de uma incapacidade de tomar decisões banais mas necessárias à vida cotidiana. Existe uma relação particularmente estreita entre as ruminções obsessivas e a depressão, e deve-se somente preferir um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo quando as ruminções surgem ou persistem na ausência de uma síndrome depressiva.

### **F42.1 Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos [rituais obsessivos]**

A maioria dos atos compulsivos está ligada à limpeza (particularmente lavar as mãos), verificações repetidas para evitar a ocorrência de uma situação que poderia se tornar perigosa, ou um desejo excessivo de ordem. Sob este comportamento manifesto, existe o medo, usualmente de perigo ao ou causado pelo sujeito e a atividade ritual constitui um meio ineficaz ou simbólico de evitar este perigo.

### **F42.2 Transtorno obsessivo-compulsivo, forma mista, com idéias obsessivas e comportamentos compulsivos**

### **F42.8 Outros transtornos obsessivo-compulsivos**

### **F42.9 Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado**

## F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras na medida que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de "stress" aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de "stress" psicossociais ("life events") relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, freqüentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob [F43](#), admite-se que sua ocorrência é sempre a conseqüência direta de um "stress" agudo importante ou de um

traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um "stress" grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

### **F43.0 Reação aguda ao "stress"**

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um "stress" físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao "stress" são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido quer por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo – ver [F44.2](#)) ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha freqüentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias (freqüentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa ([F44.0](#)) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento).

Choque psíquico

Estado de crise

Fadiga de combate

Reação aguda (à) (ao):

- crise
- "stress"

### **F43.1 Estado de "stress" pós-traumático**

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade ([F62.0](#)).

Neurose traumática

### **F43.2 Transtornos de adaptação**

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um

transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

Choque cultural

Hospitalismo da criança

Reação de luto

**Exclui:**

transtorno ligado à angústia de separação na infância ([F93.0](#))

### **F43.8 Outras reações ao "stress" grave**

### **F43.9 Reação não especificada a um "stress" grave**

## **F44 Transtornos dissociativos [de conversão]**

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de "histeria de conversão". Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem freqüentemente a idéia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um "stress" psicológico e ocorrer freqüentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes ([F45.0](#)). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

**Inclui:**

histeria

histeria { de conversão

reação {

psicose histérica

**Exclui:**

simulador [simulação consciente] ([Z76.5](#))

### **F44.0 Amnésia dissociativa**

A característica essencial é a de uma perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, não devida a transtorno mental orgânico, e muito importante para ser considerado como expressão de esquecimento ou de fadiga. A amnésia diz respeito habitualmente aos eventos traumáticos, tais como acidentes ou lutos imprevistos, e é mais freqüente que seja parcial e seletiva. Uma amnésia completa e generalizada é rara, e diz respeito habitualmente a uma fuga ([F44.1](#)); neste caso, deve-se fazer um diagnóstico de fuga. Não se deve fazer este diagnóstico na presença de um transtorno cerebral orgânico, de uma intoxicação, ou de uma fadiga extrema.

**Exclui:**

amnésia:

- SOE ([R41.3](#))

- anterógrada ([R41.1](#))
  - pós-convulsiva dos epiléticos ([G40.-](#))
  - retrógrada ([R41.2](#))
- síndrome amnésica orgânica não-alcoólica ([F04](#))  
 transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por outra substância psicoativa ([F10-F19](#) com quarto caractere comum .6)

#### **F44.1 Fuga dissociativa**

Uma fuga apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa: comporta além disto, um deslocamento motivado maior que o raio de deslocamento habitual cotidiano. Embora exista uma amnésia para o período de fuga, o comportamento do sujeito no curso desta última pode parecer perfeitamente normal para observadores desinformados.

**Exclui:**

fuga pós-convulsiva na epilepsia ([G40.-](#))

#### **F44.2 Estupor dissociativo**

O diagnóstico de estupor dissociativo repousa sobre a presença de uma diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tato, sem que os exames clínicos e os exames complementares mostrem evidências de uma causa física. Além disto, dispõe-se de argumentos em favor de uma origem psicogênica do transtorno, na medida que é possível evidenciar eventos ou problemas estressantes recentes.

**Exclui:**

estado catatônico orgânico ([F06.1](#))

estupor:

- SOE ([R40.1](#))
- catatônico ([F20.2](#))
- depressivo ([F31-F33](#))
- maníaco ([F30.2](#))

#### **F44.3 Estados de transe e de possessão**

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

**Exclui:**

esquizofrenia ([F20.-](#))

intoxicação por uma substância psicoativa ([F10-F19](#) com quarto caractere comum .0)

síndrome pós-traumática ([F07.2](#))

transtorno(s):

- orgânico da personalidade ([F07.0](#))
- psicóticos agudos e transitórios ([F23.-](#))

#### **F44.4 Transtornos dissociativos do movimento**

As variedades mais comuns destes transtornos são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros. Pode haver semelhança estreita com quaisquer variedades de ataxia, apraxia, acinesia, afonia, disartria, discinesia, convulsões ou paralisia.

Afonia psicogênica

Disfonia psicogênica

Torticolo histérico

#### **F44.5 Convulsões dissociativas**

Os movimentos observados no curso das convulsões dissociativas podem se assemelhar de perto àquelas observadas no curso das crises epiléticas; mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros contudo; além disto, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

#### **F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas**

Os limites das áreas cutâneas anestesiadas correspondem freqüentemente às concepções pessoais do paciente, mais do que a descrições científicas. Pode haver igualmente uma perda de um tipo de sensibilidade dado, com conservação de outras sensibilidades, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida. A perda de sensibilidade pode se acompanhar de parestesias. As perdas da visão e da audição raramente são totais nos transtornos dissociativos. Surdez psicogênica

#### **F44.7 Transtorno dissociativo misto [de conversão]**

Combinação de transtornos descritos em [F44.0-F44.6](#)

#### **F44.8 Outros transtornos dissociativos [de conversão]**

Confusão psicogênica  
Estado crepuscular psicogênico  
Personalidade múltipla  
Síndrome de Ganser

#### **F44.9 Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado**

### **F45 Transtornos somatoformes**

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

#### **Exclui:**

arrancar-se os cabelos ([F98.4](#))  
disfunção sexual não devida a doença ou a transtorno orgânico ([F52.-](#))  
dislalia ([F80.8](#))  
fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte ([F54](#))  
lalação ([F80.0](#))  
roer unhas ([F98.8](#))  
síndrome de Gilles de la Tourette ([F95.2](#))  
sucção do polegar ([F98.8](#))  
tiques (na infância e na adolescência) ([F95.-](#))  
transtornos dissociativos ([F44.-](#))  
tricotilomania ([F63.3](#))

#### **F45.0 Transtorno de somatização**

Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas. Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e freqüentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar. Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado ([F45.1](#)).

Transtorno de Briquet  
Transtorno psicossomático múltiplo

#### **Exclui:**

simulador [simulação consciente] ([Z76.5](#))

#### **F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado**

Quando as queixas somatoformes são múltiplas, variáveis no tempo e persistentes, mas que não correspondem ao quadro clínico completo e típico de um transtorno de somatização, o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado deve ser considerado.

Transtorno psicossomático indiferenciado

## F45.2 Transtorno hipocondríaco

A característica essencial deste transtorno é uma preocupação persistente com a presença eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com a sua aparência física. Sensações e sinais físicos normais ou triviais são freqüentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem freqüentemente depressão e ansiedade importantes, e que podem justificar um diagnóstico suplementar.

Dismorfofobia (corporal) (não-delirante)

Hipocondria

Neurose hipocondríaca

Nosofobia

**Exclui:**

dismorfofobia delirante ([F22.8](#))

idéias delirantes persistentes sobre o funcionamento ou a forma do corpo ([F22.-](#))

## F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Os sintomas são habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste de queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste de queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

Astenia neurocirculatória

Formas psicogênicas (de um) (de uma):

- aerofagia
- cólon irritável
- diarréia
- dispepsia
- disúria
- flatulência
- hiperventilação
- piloroespasmo
- polaciúria
- soluço
- tosse

Neurose:

- cardíaca
- gástrica

Síndrome de Da Costa

**Exclui:**

fatores psicológicos e comportamentais associados a transtornos físicos classificados em outra parte ([F54](#))

## F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, dor esta não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é em geral uma maior atenção em suporte e assistência quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia não deve ser aqui classificada.

Cefaléia psicogênica

Dor(es):

- psicogênicas da coluna vertebral
- somatoforme

Psicalgia

**Exclui:**

- cefaléias tensionais ([G44.2](#))  
dor:
  - SOE ([R52.9](#))
  - aguda ([R52.0](#))
  - crônica ([R52.2](#))
  - irreduzível ([R52.1](#))
  - lombar SOE ([M54.9](#))

#### **F45.8 Outros transtornos somatoformes**

Todos os outros transtornos das sensações, das funções e do comportamento, não devidos a um transtorno físico que não estão sob a influência do sistema neurovegetativo, que se relacionam a sistemas ou a partes do corpo específicos, e que ocorrem em relação temporal estreita com eventos ou problemas estressantes.

Disfagia psicogênica, incluindo "bolo histérico"

Dismenorréia psicogênica

Prurido psicogênico

Ranger de dentes

Torcicolo psicogênico

#### **F45.9 Transtorno somatoforme não especificado**

Transtorno psicossomático SOE

## **F48 Outros transtornos neuróticos**

#### **F48.0 Neurastenia**

Existem variações culturais consideráveis para a apresentação deste transtorno, sendo que dois tipos principais ocorrem, com considerável superposição. No primeiro tipo, a característica essencial é a de uma queixa relacionada com a existência de uma maior fatigabilidade que ocorre após esforços mentais freqüentemente associada a uma certa diminuição do desempenho profissional e da capacidade de fazer face às tarefas cotidianas. A fatigabilidade mental é descrita tipicamente como uma intrusão desagradável de associações ou de lembranças que distraem, dificuldade de concentração e pensamento geralmente ineficiente. No segundo tipo, a ênfase se dá mais em sensações de fraqueza corporal ou física e um sentimento de esgotamento após esforços mínimos, acompanhados de um sentimento de dores musculares e incapacidade para relaxar. Em ambos os tipos há habitualmente várias outras sensações físicas desagradáveis, tais como vertigens, cefaléias tensionais e uma impressão de instabilidade global. São comuns, além disto, inquietudes com relação a uma degradação da saúde mental e física, irritabilidade, anedonia, depressão e ansiedade menores e variáveis. O sono freqüentemente está perturbado nas suas fases inicial e média mas a hipersonia pode também ser proeminente.

Síndrome de fadiga

Usar código adicional, se necessário, para identificar a doença física antecedente.

**Exclui:**

- astenia SOE ([R53](#))
- estafa ([Z73.0](#))
- mal estar e fadiga ([R53](#))
- psicastenia ([F48.8](#))
- síndrome da fadiga pós-viral ([G93.3](#))

#### **F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização**

Trata-se de um transtorno raro no qual o paciente se queixa espontaneamente de uma alteração qualitativa de sua atividade mental, de seu corpo e de seu ambiente, estes últimos percebidos como irreal, longínquos ou "robotizados". Dentre os vários fenômenos que caracterizam esta síndrome, os pacientes queixam-se mais freqüentemente de perda das emoções e de uma sensação de estranheza ou desligamento com relação aos seus pensamentos, seu corpo ou com o mundo real. Apesar da natureza dramática deste tipo de experiência, o sujeito se dá conta da ausência de alterações reais. As faculdades sensoriais são normais e as capacidades de expressão emocional intactas. Sintomas de despersonalização-



desrealização podem ocorrer no contexto de um transtorno esquizofrênico, depressivo, fóbico ou obsessivo-compulsivo identificável. Neste caso, reter-se-á como diagnóstico aquele do transtorno principal.

#### **F48.8 Outros transtornos neuróticos especificados**

Neurose (de):

- profissional (incluindo cãibra dos escritores)
- psicastênica

Psicastenia

Síncope psicogênica

Síndrome de Dhat

#### **F48.9 Transtorno neurótico não especificado**

Neurose SOE



## **F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos**

### **F50 Transtornos da alimentação**

**Exclui:**

anorexia SOE ([R63.0](#))

dificuldade e maus hábitos alimentares ([R63.3](#))

polifagia ([R63.2](#))

transtorno da alimentação da primeira e da segunda infância ([F98.2](#))

#### **F50.0 Anorexia nervosa**

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

**Exclui:**

perda de apetite ([R63.0](#)):

- psicogênica ([F50.8](#))

#### **F50.1 Anorexia nervosa atípica**

Transtornos que apresentam algumas das características da anorexia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, um dos sintomas-chave, tal como um temor acentuado de ser gordo ou a amenorréia, pode estar ausente na presença de uma acentuada perda de peso e de um comportamento para emagrecer. Este diagnóstico não deve ser feito na presença de transtornos físicos conhecidos associados à perda de peso.

#### **F50.2 Bulimia nervosa**

A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se freqüentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes.

Bulimia SOE

Hiperorexia nervosa



### **F50.3 Bulimia nervosa atípica**

Transtornos que apresentam algumas características da bulimia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, pode haver acessos repetidos de hiperfagia e de uso exagerado de laxativos sem uma alteração significativa de peso ou então a preocupação típica e exagerada com a forma e peso corporais pode estar ausente.

### **F50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos**

Hiperfagia devida a eventos estressantes, tais como lutos, acidentes, partos etc.

Hiperfagia psicogênica

**Exclui:**

obesidade ([E66.-](#))

### **F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos**

Vômitos repetidos que podem ocorrer nos transtornos dissociativos ([F44.-](#)) e hipocondríacos ([F45.2](#)) e que não são exclusivamente imputáveis a uma das afecções classificadas fora do [Capítulo V](#). Pode-se também empregar este código em suplemento a [O21.-](#) (hiperemese na gravidez) quando fatores emocionais predominam entre as causas das náuseas e vômitos recorrentes no curso da gravidez.

Vômitos psicogênicos

**Exclui:**

náusea ([R11](#))

vômitos SOE ([R11](#))

### **F50.8 Outros transtornos da alimentação**

Perda do apetite psicogênica

Pica do adulto

**Exclui:**

pica do lactente e da criança ([F98.3](#))

### **F50.9 Transtorno de alimentação não especificado**

## **F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais**

Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Saber se, num dado paciente, um transtorno de sono é uma perturbação independente ou simplesmente uma das manifestações de outro transtorno classificado em outra parte no [Capítulo V](#) ou em outros capítulos da CID-10 deve ser determinado com base nos elementos clínicos e da evolução, assim como a partir de considerações e de prioridades terapêuticas no momento de consulta. Como regra geral, este código deve ser utilizado juntamente com outros diagnósticos pertinentes que descrevem a psicopatologia e a fisiopatologia implicadas num dado caso, quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per si. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos, e que não são devidos a transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte.

**Exclui:**

transtornos de sono (de origem orgânica) ([G47.-](#))

### **F51.0 Insônia não-orgânica**

Na insônia, o sono é de quantidade e de qualidade não satisfatórias; o transtorno de sono persiste durante um período prolongado; pode se tratar de uma dificuldade de adormecer, de uma dificuldade de permanecer adormecido ou de um despertar matinal precoce. A insônia é um sintoma comum a muitos transtornos mentais ou físicos e só deve ser aqui codificada (paralelamente ao diagnóstico principal) se domina o quadro clínico.

**Exclui:**

insônia (de origem orgânica) ([G47.0](#))

### **F51.1 Hipersonia não-orgânica**

A hipersonia é definida como uma afecção com estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono (não explicados por uma quantidade inadequada de

sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Na ausência de um fator orgânico que explica a ocorrência de uma hipersonia, este estado habitualmente se associa a um transtorno mental.

**Exclui:**

hipersonia (de origem orgânica) ([G47.1](#))  
narcolepsia ([G47.4](#))

**F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos**

Uma ausência de sincronicidade entre o horário de vigília-sono e o horário vigília-sono apropriado ao ambiente de um indivíduo, resultando em queixas ora de insônia, ora de hipersonia.

Inversão psicogênica do ciclo (de):

- circadiano
- nictemeral
- sono

**Exclui:**

transtornos do ciclo vigília-sono (de origem orgânica) ([G47.2](#))

**F51.3 Sonambulismo**

O sonambulismo é uma alteração do estado de consciência, associando fenômenos de sono e de vigília. Durante um episódio de sonambulismo, o indivíduo se levanta do leito, em geral no primeiro terço do sono noturno, e deambula; estas manifestações correspondem a um nível reduzido de percepção do ambiente, reatividade e habilidade motora. Quando desperta, o sujeito comumente não se recorda do que aconteceu.

**F51.4 Terrores noturnos**

Constituem episódios noturnos de terror e pânico extremos associados a uma vocalização intensa, agitação motora e hiperfuncionamento neurovegetativo. O indivíduo se senta ou se levanta, comumente no primeiro terço do sono noturno, com um grito de pânico. Frequentemente corre até à porta como se quisesse fugir; mas raramente deixa seu quarto. A lembrança do evento, se existe, é muito limitada (reduzindo-se em geral a uma ou duas imagens mentais fragmentárias).

**F51.5 Pesadelos**

O pesadelo é uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo que se acompanha de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho. Esta experiência de sonho é muito intensa e comporta em geral temas como ameaças à existência, a segurança ou à auto-estima. É freqüente que os pesadelos tenham tendência a se repetir com temas idênticos ou similares. Os episódios típicos comportam certo grau de hiperatividade neurovegetativa, mas sem atividade verbal ou motora notável. Ao despertar, o sujeito se torna rapidamente alerta e bem orientado.

Transtorno de angústia ligado ao sonho

**F51.8 Outros transtornos do sono devidos a fatores não-orgânicos**

**F51.9 Transtorno do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados**

Transtorno emocional do sono SOE

**F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica**

As disfunções sexuais dizem respeito às diferentes manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele ou ela desejaria. A resposta sexual é um processo psicossomático e mais comumente, processos tanto psicológicos quanto somáticos intervêm na causação da disfunção sexual.

**Exclui:**

síndrome de Dhat ([F48.8](#))

**F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual**

A perda do desejo sexual é o problema principal e não é secundário a outras dificuldades sexuais como uma falha da ereção ou uma dispareunia.

Frigidez  
Transtorno hipoativo de desejo sexual

### **F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual**

Quer a perspectiva de relação sexual produz medo ou ansiedade suficientes para que a atividade sexual seja evitada (aversão sexual), quer as respostas sexuais ocorrem normalmente e o orgasmo é sentido mas existe uma falta do prazer apropriado (ausência do prazer sexual).  
Anedonia (sexual)

### **F52.2 Falha de resposta genital**

O problema principal nos homens é a disfunção de ereção (dificuldade de desenvolver ou de manter uma ereção adequada para uma relação satisfatória). Nas mulheres, o principal problema é a secura vaginal ou falta de lubrificação.

Impotência psicogênica

Transtorno de:

- ereção no homem
- excitação sexual na mulher

**Exclui:**

impotência de origem orgânica ([N48.4](#))

### **F52.3 Disfunção orgásmica**

O orgasmo não ocorre ou é nitidamente retardado.

Anorgasmia psicogênica

Inibição do orgasmo (na mulher) (no homem)

### **F52.4 Ejaculação precoce**

Incapacidade de controlar suficientemente a ejaculação para que os dois parceiros achem prazer nas relações sexuais.

### **F52.5 Vaginismo não-orgânico**

Espasmo da musculatura do assoalho pélvico que circunda a vagina causando oclusão do intróito vaginal. A entrada do pênis é impossível ou dolorosa.

Vaginismo psicogênico

**Exclui:**

vaginismo (de origem orgânica) ([N94.2](#))

### **F52.6 Dispareunia não-orgânica**

A dispareunia (ou dor durante as relações sexuais) ocorre tanto na mulher quanto no homem. Pode comumente ser atribuída a uma causa patológica local e deve então ser classificada na rubrica da afecção patológica em causa. Esta categoria deve ser utilizada unicamente quando não há outra disfunção sexual primária (por exemplo, vaginismo ou secura vaginal).

Dispareunia psicogênica

**Exclui:**

dispareunia (orgânica) ([N94.1](#))

### **F52.7 Apetite sexual excessivo**

Ninfomania

Satiríase

### **F52.8 Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica**

### **F52.9 Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada**

## **F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte**

Classificar aqui unicamente os transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios diagnósticos de um outro transtorno classificado em outra parte neste capítulo, seja porque as informações disponíveis são insuficientes, seja porque elas

apresentam características clínicas suplementares especiais que não permitem a sua classificação em outra parte de modo apropriado.

### **F53.0 Transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério não classificados em outra parte**

Depressão:

- pós-parto SOE
- puerperal SOE

### **F53.1 Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte**

Psicose puerperal SOE

### **F53.8 Outros transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério não classificados em outra parte**

### **F53.9 Transtorno mental e comportamental associado ao puerpério, não especificado**

## **F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte**

Esta categoria deve ser utilizada para registrar a presença de fatores psicológicos ou comportamentais que se supõem tenham desempenhado um importante papel na etiologia de um transtorno físico classificável em outros capítulos. Os distúrbios psíquicos atribuíveis a estes fatores são habitualmente leves, mas freqüentemente persistentes (por exemplo, inquietude, conflito emocional, apreensão) e sua presença não justifica um diagnóstico de qualquer dos transtornos descritos no [Capítulo V](#).

Fatores psicológicos que levam a afecções físicas

Exemplos sobre o uso desta categoria:

- asma [F54](#) e [J45.-](#)
- colite mucosa [F54](#) e [K58.-](#)
- colite ulcerativa [F54](#) e [K51.-](#)
- dermatite [F54](#) e [L23-L25](#)
- úlcera gástrica [F54](#) e [K25.-](#)
- urticária [F54](#) e [L50.-](#)

Usar código adicional, se necessário, para identificar o transtorno físico associado.

**Exclui:**

cefaléia tensional ([G44.2](#))

## **F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência**

Uma ampla variedade de substâncias medicamentosas e de medicamentos populares podem estar aqui compreendidos, entretanto os grupos particularmente importantes são: a) drogas psicotrópicas que não produzem dependência, tais como os antidepressivos, b) laxantes e c) analgésicos que podem ser adquiridos sem prescrição médica, tais como a aspirina e o paracetamol.

O uso persistente destas substâncias pode freqüentemente incluir contatos desnecessários com profissionais médicos ou paramédicos e acompanha-se por vezes de efeitos físicos prejudiciais das substâncias. As tentativas para dissuadir ou proibir o uso dessas substâncias são recebidas freqüentemente com resistência; tal fato pode ocorrer com os laxantes e analgésicos, apesar das advertências sobre (ou mesmo ocorrência de) danos físicos tais como disfunções renais ou transtornos eletrolíticos. Em que pese estar usualmente claro que o paciente apresenta uma forte motivação para a ingestão da substância, os sintomas de dependência ou de abstinência não se desenvolvem do mesmo modo como nos casos das substâncias psicoativas especificadas em [F10-F19](#).

Abuso de:

- antiácidos
- ervas ou remédios populares
- esteróides ou hormônios
- vitaminas

Hábito laxativo

**Exclui:**

abuso de substâncias psicoativas ([F10-F19](#))

## F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

Disfunção fisiológica psicogênica SOE



## F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade ([F60.-](#)), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade ([F61.-](#)), e as modificações duradouras da personalidade ([F62.-](#)), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

### F60 Transtornos específicos da personalidade

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

#### F60.0 Personalidade paranóica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo frequentemente auto-referência excessiva.

Personalidade (transtorno da):

- expansiva paranóide
- fanática
- paranóide
- querelante
- sensitiva paranóide

**Exclui:**

esquizofrenia paranóide ([F20.0](#))

estado paranóide ([F22.0](#))

paranóia ([F22.8](#)):

- querelante ([F22.8](#))

psicose paranóide ([F22.0](#))

### **F60.1 Personalidade esquizóide**

Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

**Exclui:**

- esquizofrenia ([F20.-](#))
- síndrome de Asperger ([F84.5](#))
- transtorno:
  - delirante ([F22.0](#))
  - esquizóide da infância ([F84.5](#))
  - esquizotípico ([F21](#))

### **F60.2 Personalidade dissocial**

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

Personalidade (transtorno da):

- amoral
- anti-social
- associal
- psicopática
- sociopática

**Exclui:**

- transtorno (de) (da):
  - conduta ([F91.-](#))
  - personalidade do tipo instabilidade emocional ([F60.3](#))

### **F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional**

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

Personalidade (transtorno da):

- agressiva
- "borderline"
- explosiva

**Exclui:**

- personalidade dissocial (transtorno da) ([F60.2](#))

### **F60.4 Personalidade histriônica**

Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

Personalidade (transtorno da):

- histérica
- psicoinfantil

### **F60.5 Personalidade anancástica**

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade (transtorno da):

- compulsiva
- obsessiva
- obsessiva-compulsiva

**Exclui:**

transtorno obsessivo-compulsivo ([F42.-](#))

### **F60.6 Personalidade ansiosa [esquiva]**

Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

### **F60.7 Personalidade dependente**

Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência freqüente a transferir a responsabilidade para outros.

Personalidade (transtorno da):

- astênica
- inadequada
- passiva

### **F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade**

Personalidade:

- excêntrica
- imatura
- narcísica
- passivo-agressiva
- psiconeurótica
- tipo "haltlose"

### **F60.9 Transtorno não especificado da personalidade**

Neurose de caráter SOE

Personalidade patológica SOE

## **F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade**

Esta categoria se refere aos transtornos de personalidade freqüentemente perturbadores mas que não mostram o padrão específico de sintomas que caracteriza os transtornos descritos em [F60.-](#). Conseqüentemente, são com freqüência mais difíceis de diagnosticar do que os transtornos em [F60.-](#). Exemplos:

- transtornos mistos da personalidade com padrões de vários dos transtornos em [F60.-](#) mas sem um conjunto predominante de sintomas que possibilitaria um diagnóstico mais específico; e
- modificações patológicas da personalidade, não classificáveis em [F60.-](#) ou [F62.-](#), e vistas como secundárias a um diagnóstico principal de um transtorno afetivo ou ansioso co-existente.

**Exclui:**

acentuação de traços de personalidade ([Z73.1](#))

## **F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral**



Consiste em anomalias da personalidade e do comportamento do adulto que ocorrem na ausência de transtornos prévios da personalidade e em seguida a um "stress" dramático ou excessivo e prolongado, ou a uma doença psiquiátrica grave. Este diagnóstico só deve ser feito nos casos em que se dispõe da prova de uma alteração manifesta e duradoura dos modos de percepção, de relação ou de pensamento com relação ao ambiente ou a si próprio. A modificação da personalidade deve ser significativa e estar associada a um comportamento rígido e mal adaptado, ausente antes da ocorrência do evento patogênico. A modificação não deve constituir uma manifestação direta de um outro transtorno mental nem um sintoma residual de um transtorno mental anterior.

**Exclui:**

transtornos de personalidade e do comportamento devidas a uma doença, lesão e a disfunção cerebral (ver [F07.-](#))

### **F62.0 Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica**

Modificação duradoura da personalidade, que persiste por ao menos dois anos, em seguida à exposição a um "stress" de catástrofe. O "stress" deve ser de uma intensidade tal que não é necessário referir-se a uma vulnerabilidade pessoal para explicar seu efeito profundo sobre a personalidade. O transtorno se caracteriza por uma atitude hostil ou desconfiada com relação ao mundo, retraimento social, sentimentos de vazio ou desesperança, um sentimento crônico de "estar à beira do precipício" como se constantemente ameaçado, e estranheza. O estado de "stress" pós-traumático ([F43.1](#)) pode preceder este tipo de modificação da personalidade. Modificação da personalidade após (um) (uma)

- cativo prolongado com a possibilidade de ser morto a qualquer momento
- desastres
- experiências em campo de concentração
- exposição prolongada a situações que representam um perigo vital, como ser vítima do terrorismo
- tortura

**Exclui:**

estado de "stress" pós-traumático ([F43.1](#))

### **F62.1 Modificação duradoura da personalidade após doença psiquiátrica**

Modificação da personalidade persistindo por ao menos dois anos, atribuível à experiência traumática de uma doença psiquiátrica grave. A alteração não pode ser explicada por um transtorno anterior da personalidade e deve ser diferenciado de uma esquizofrenia residual e de outros estados mórbidos conseqüentes à cura incompleta de um transtorno mental anterior. Este transtorno se caracteriza por uma dependência e uma atitude de demanda excessiva em relação aos outros; convicção de ter sido transformado ou estigmatizado pela doença a ponto de ser incapaz de estabelecer ou manter relações interpessoais estreitas e confiáveis e de se isolar socialmente; passividade, perda de interesses e menor engajamento em atividades de lazer em que o sujeito se absorvia anteriormente; queixas persistentes de estar doente, às vezes associadas a queixas hipocondríacas e a um comportamento doentio; humor disfórico ou lábil não devido a um transtorno mental atual nem a sintomas afetivos residuais de um transtorno mental anterior; e uma alteração significativa do funcionamento social e profissional.

### **F62.8 Outras modificações duradouras da personalidade**

Personalidade caracterizada por uma síndrome algica crônica

### **F62.9 Modificação duradoura da personalidade, não especificada**

## **F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos**

Esta categoria compreende certos transtornos do comportamento que não podem ser classificadas sob outras rubricas. São caracterizados por atos repetidos, sem motivação racional clara, incontroláveis, e que vão em geral contra os interesses do próprio sujeito e aqueles de outras pessoas. O sujeito indica que seu comportamento está associado a impulsos para agir. A causa para estes transtornos não é conhecida. Estão aqui reagrupados em razão de certas semelhanças grandes nas suas descrições e não em função de outras características comuns importantes conhecidas.



**Exclui:**

consumo abusivo habitual de álcool ou de substâncias psicoativas ([F10-F19](#))  
transtorno dos hábitos e impulsos relacionados com o comportamento sexual ([F65.-](#))

**F63.0 Jogo patológico**

Transtorno que consiste em episódios repetidos e freqüentes de jogo que dominam a vida do sujeito em detrimento dos valores e dos compromissos sociais, profissionais, materiais e familiares.

Jogo compulsivo

**Exclui:**

jogo:

- e apostas SOE ([Z72.6](#))
- em personalidades dissociadas ([F60.2](#))
- excessivo em pacientes maníacos ([F30.-](#))

**F63.1 Piromania**

Comportamento caracterizado por atos ou tentativas múltiplas visando a pôr fogo em objetos e bens sem motivo aparente, associado a preocupações persistentes com relação a fogo ou incêndio. Este comportamento se acompanha freqüentemente de um estado de tensão crescente antes do ato e uma excitação intensa imediatamente após sua realização.

**Exclui:**

piromania (no curso de) (por):

- adultos que apresentam uma personalidade dissocial ([F60.2](#))
- como razão para comprovação diagnóstica (observação) por suspeita de transtorno mental ([Z03.2](#))
- esquizofrenia ([F20](#))
- intoxicação alcoólica ou por substâncias psicoativas ([F10-F19](#), com quarto caractere comum .0)
- transtornos de conduta ([F91.-](#))
- transtornos mentais orgânicos ([F00-F09](#))

**F63.2 Roubo patológico [cleptomania]**

Transtorno caracterizado pela impossibilidade repetida de resistir aos impulsos de roubar objetos. Os objetos não são roubados por sua utilidade imediata ou seu valor monetário; o sujeito pode, ao contrário, quer descartá-los, dá-los ou acumulá-los. Este comportamento se acompanha habitualmente de um estado de tensão crescente antes do ato e de um sentimento de satisfação durante e imediatamente após sua realização.

**Exclui:**

roubo de loja como razão para observação por suspeita de transtorno mental em seguida ([Z03.2](#))  
roubo no curso de um transtorno depressivo ([F31-F33](#))  
transtornos mentais orgânicos ([F00-F09](#))

**F63.3 Tricotilomania**

Transtorno caracterizado por uma perda visível dos cabelos, causada por uma impossibilidade repetida de resistir ao impulso de se arrancar os cabelos. O arrancamento dos cabelos é precedido em geral de uma sensação crescente de tensão e seguido de uma sensação de alívio ou de gratificação. Não se fará este diagnóstico quando o sujeito apresenta uma afecção inflamatória pré-existente do couro cabeludo, ou quando ele pratica o arrancamento dos cabelos em resposta a delírios ou a alucinações.

**Exclui:**

movimentos estereotipados com arrancamento dos cabelos ([F98.4](#))

**F63.8 Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos**

Esta categoria é utilizada para outras variedades de comportamento inadaptado persistente e repetido não secundário a uma síndrome psiquiátrica reconhecida. A pessoa repetidamente não consegue resistir a impulsos que a levam a adotar este

comportamento. Há um período prodromico de tensão seguido de uma sensação de alívio quando da realização do ato.  
Transtorno explosivo intermitente

### **F63.9 Transtorno dos hábitos e impulsos, não especificado**

## **F64 Transtornos da identidade sexual**

### **F64.0 Transexualismo**

Trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.

### **F64.1 Travestismo bivalente**

Este termo designa o fato de usar vestimentas do sexo oposto durante uma parte de sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de vestimenta não se acompanha de excitação sexual.

Transtorno de identidade sexual no adulto ou adolescente, tipo não-transexual

**Exclui:**

travestismo fetichista ([F65.1](#))

### **F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância**

Transtorno que usualmente primeiro se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente em intenso sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal; não é suficiente que uma menina seja levada ou traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada. Os transtornos da identidade sexual nos indivíduos púberes ou pré-púberes não devem ser classificados aqui mas sob a rubrica [F66.-](#).

**Exclui:**

orientação sexual egodistônica ([F66.1](#))

transtorno da maturação sexual ([F66.0](#))

### **F64.8 Outros transtornos da identidade sexual**

### **F64.9 Transtorno não especificado da identidade sexual**

Transtorno do papel sexual SOE

## **F65 Transtornos da preferência sexual**

**Inclui:**

parafilias

### **F65.0 Fetichismo**

Utilização de objetos inanimados como estímulo da excitação e da satisfação sexual. Numerosos fetiches são prolongamentos do corpo, como por exemplo as vestimentas e os calçados. Outros exemplos comuns dizem respeito a uma textura particular como a borracha, o plástico ou o couro. Os objetos fetiches variam na sua importância de um indivíduo para o outro. Em certos casos servem simplesmente para reforçar a excitação sexual, atingida por condições normais (exemplo: pedir a seu parceiro que vista uma dada roupa).

### **F65.1 Travestismo fetichista**

Vestir roupas do sexo oposto, principalmente com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto. O travestismo fetichista se distingue do travestismo transexual pela sua associação clara com uma excitação sexual e pela necessidade de se remover as roupas uma vez que o orgasmo ocorra

e haja declínio da excitação sexual. Pode ocorrer como fase preliminar no desenvolvimento do transexualismo.  
Fetichismo com travestismo

### **F65.2 Exibicionismo**

Tendência recorrente ou persistente de expor seus órgãos genitais a estranhos (em geral do sexo oposto) ou a pessoas em locais públicos, sem desejar ou solicitar contato mais estreito. Há em geral, mas não constantemente, excitação sexual no momento da exibição e o ato é, em geral, seguido de masturbação.

### **F65.3 Voyeurismo**

Tendência recorrente ou persistente de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas como o tirar a roupa. Isto é realizado sem que a pessoa observada se aperceba de o vê-lo, e conduz geralmente à excitação sexual e masturbação.

### **F65.4 Pedofilia**

Preferência sexual por crianças, quer se trate de meninos, meninas ou de crianças de um ou do outro sexo, geralmente pré-púberes ou no início da puberdade.

### **F65.5 Sadomasoquismo**

Preferência por um atividade sexual que implica dor, humilhação ou subserviência. Se o sujeito prefere ser o objeto de um tal estímulo fala-se de masoquismo; se prefere ser o executante, trata-se de sadismo. Comumente o indivíduo obtém a excitação sexual por comportamento tanto sádicos quanto masoquistas.

Masoquismo

Sadismo

### **F65.6 Transtornos múltiplos da preferência sexual**

Por vezes uma pessoa apresenta mais de uma anomalia da preferência sexual sem que nenhuma delas esteja em primeiro plano. A associação mais freqüente agrupa o fetichismo, o travestismo e o sadomasoquismo.

### **F65.8 Outros transtornos da preferência sexual**

Diversas outras modalidades da preferência e do comportamento sexual tais como o fato de dizer obscenidade por telefone, esfregar-se contra outro em locais públicos com aglomeração, a atividade sexual com um animal, o emprego de estrangulamento ou anóxia para aumentar a excitação sexual.

Bolinagem

Necrofilia

### **F65.9 Transtorno da preferência sexual, não especificado**

Desvio sexual SOE

## **F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação**

### **Nota:**

A orientação sexual por si não deve ser vista como um transtorno.

### **F66.0 Transtorno da maturação sexual**

O paciente está incerto quanto a sua identidade sexual ou sua orientação sexual, e seu sofrimento comporta ansiedade ou depressão. Comumente isto ocorre em adolescentes que não estão certos da sua orientação (homo, hetero ou bissexual), ou em indivíduos que após um período de orientação sexual aparentemente estável (freqüentemente ligada a uma relação duradoura) descobre que sua orientação sexual está mudando.

### **F66.1 Orientação sexual egodistônica**

Não existe dúvida quanto a identidade ou a preferência sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade ou pré-púbere) mas o sujeito desejaria que isto ocorresse de outra forma devido a transtornos psicológicos ou de comportamento associados a esta identidade ou a esta preferência e pode buscar tratamento para alterá-la.

### **F66.2 Transtorno do relacionamento sexual**

A identidade ou a orientação sexual (hetero, homo ou bissexual) leva a dificuldades no estabelecimento e manutenção de um relacionamento com um parceiro sexual.

### **F66.8 Outros transtornos do desenvolvimento psicosssexual**

### **F66.9 Transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado**

## **F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto**

### **F68.0 Sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos**

Sintomas físicos compatíveis com, e inicialmente devidos a um transtorno, doença ou incapacidade física, mas exagerados ou prolongados pelo estado psíquico do paciente. O indivíduo apresenta habitualmente um sentimento de angústia em resposta à dor ou à incapacidade de ordem física e mostra-se preocupado, às vezes com razão, com a possibilidade da persistência ou do agravamento de sua incapacidade ou de sua dor.

Neurose de compensação

### **F68.1 Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas [transtorno fictício]**

Simulação repetida e coerente de sintomas, às vezes com automutilações com o intuito de provocar sinais ou sintomas. A motivação é obscura e possivelmente de origem interna e visa adotar um papel ou um status de doente, e freqüentemente se associa a grandes transtornos da personalidade e das relações.

Paciente itinerante

Peregrino hospitalar

Síndrome de Münchhausen

**Exclui:**

dermatite factícia ([L98.1](#))

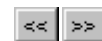
simulador (com motivação óbvia) ([Z76.5](#))

### **F68.8 Outros transtornos especificados da personalidade e do comportamento do adulto**

Transtorno (do):

- caracterológico SOE
- relacionamento SOE

## **F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado**



## **F70-F79 Retardo mental**

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente.

Usar código adicional, se necessário, para identificar as afecções associadas, por exemplo, autismo, outros transtornos do desenvolvimento, epilepsia, transtornos de conduta ou uma incapacidade física grave.

As seguintes subdivisões de quarto caractere devem ser usadas com as categorias [F70-F79](#) para identificar a extensão do comprometimento comportamental:

### **.0 Menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento**

**.1 Comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento**

**.8 Outros comprometimentos do comportamento**

**.9 Sem menção de comprometimento do comportamento**

**F70.- Retardo mental leve**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

Amplitude aproximada do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório e de contribuir para a sociedade.

**Inclui:**

- atraso mental leve
- debilidade mental
- fraqueza mental
- oligofrenia leve
- subnormalidade mental leve

**F71.- Retardo mental moderado**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

Amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

**Inclui:**

- atraso mental médio
- oligofrenia moderada
- subnormalidade mental moderada

**F72.- Retardo mental grave**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

**Inclui:**

- atraso mental grave
- oligofrenia grave
- subnormalidade mental grave

**F73.- Retardo mental profundo**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

**Inclui:**

- atraso mental profundo
- oligofrenia profunda
- subnormalidade mental profunda

**F78.- Outro retardo mental**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

**F79.- Retardo mental não especificado**

[Ver subdivisões no [início do agrupamento](#)]

**Inclui:**

- deficiência mental SOE
- oligofrenia SOE
- subnormalidade mental SOE

## F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

Os transtornos classificados em [F80-F89](#) têm em comum: a) início situado obrigatoriamente na primeira ou segunda infância; b) comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central; e c) evolução contínua sem remissões nem recaídas. Na maioria dos casos, as funções atingidas compreendem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora. Habitualmente o retardo ou a deficiência já estava presente mesmo antes de poder ser posta em evidência com certeza, diminuirá progressivamente com a idade; déficits mais leves podem, contudo, persistir na idade adulta.

### F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

Transtornos nos quais as modalidades normais de aquisição da linguagem estão comprometidos desde os primeiros estádios do desenvolvimento. Não são diretamente atribuíveis a anomalias neurológicas, anomalias anatômicas do aparelho fonador, comprometimentos sensoriais, retardo mental ou a fatores ambientais. Os transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem se acompanham com frequência de problemas associados, tais como dificuldades da leitura e da soletração, perturbação das relações interpessoais, transtornos emocionais e transtornos comportamentais.

#### F80.0 Transtorno específico da articulação da fala

Transtorno específico do desenvolvimento na qual a utilização dos fonemas pela criança é inferior ao nível correspondente à sua idade mental, mas no qual o nível de aptidão lingüística é normal.

Dislalia

Lalação

Transtorno (do):

- desenvolvimento (da):
  - articulação (da fala)
- fonológico
- funcional de articulação

**Exclui:**

comprometimento da articulação (da fala) (associada) (devida a) (um) (uma):

- afasia SOE ([R47.0](#))
- apraxia ([R48.2](#))
- perda de audição ([H90-H91](#))
- retardo mental ([F70-F79](#))
- transtorno do desenvolvimento da linguagem:
  - expressivo ([F80.1](#))
  - receptivo ([F80.2](#))

#### F80.1 Transtorno expressivo de linguagem

Transtorno específico do desenvolvimento no qual as capacidades da criança de utilizar a linguagem oral são nitidamente inferiores ao nível correspondente à sua idade mental, mas no qual a compreensão da linguagem se situa nos limites normais. O transtorno pode se acompanhar de uma perturbação da articulação. Disfasia ou afasia de desenvolvimento do tipo expressivo

**Exclui:**

afasia adquirida com epilepsia [Landau-Kleffner] ([F80.3](#))

disfasia ou afasia:

- SOE ([R47.0](#))
- do desenvolvimento, tipo receptivo ([F80.2](#))

mutismo eletivo ([F94.0](#))

retardo mental ([F70-F79](#))

transtorno global do desenvolvimento ([F84.-](#))

## **F80.2 Transtorno receptivo da linguagem**

Transtorno específico do desenvolvimento no qual a capacidade de compreensão da linguagem pela criança está abaixo do nível correspondente à sua idade mental. Em quase todos os casos, a linguagem expressiva estará também marcadamente prejudicada e são comuns anormalidades na articulação.

Agnosia auditiva congênita

Surdez verbal

Transtorno de desenvolvimento (do tipo):

- afasia de Wernicke
- afasia ou disfasia de compreensão (receptiva)

**Exclui:**

afasia adquirida com epilepsia [Landau-Kleffner] ([F80.3](#))

autismo ([F84.0-F84.1](#))

disfasia e afasia:

- SOE ([R47.0](#))
- do desenvolvimento, tipo expressivo ([F80.1](#))

mutismo eletivo ([F94.0](#))

retardo (de):

- aquisição de linguagem devido à surdez ([H90-H91](#))
- mental ([F70-F79](#))

transtorno global do desenvolvimento ([F84.-](#))

## **F80.3 Afasia adquirida com epilepsia [síndrome de Landau-Kleffner]**

Transtorno no qual a criança, tendo feito anteriormente progresso normal no desenvolvimento da linguagem, perde tanto a habilidade de linguagem receptiva quanto expressiva, mas mantém uma inteligência normal; a ocorrência do transtorno é acompanhada de anormalidades paroxísticas no EEG, e na maioria dos casos há também convulsões epiléticas. Usualmente o início se dá entre os três e os sete anos, sendo que as habilidades são perdidas no espaço de dias ou de semanas. A associação temporal entre o início das convulsões e a perda de linguagem é variável com uma precedendo a outra (ou inversamente) por alguns meses a dois anos. Tem sido sugerido como possível causa deste transtorno um processo inflamatório encefalítico. Cerca de dois terços dos pacientes permanecem com um déficit mais ou menos grave da linguagem receptiva.

**Exclui:**

afasia (devida a):

- SOE ([R47.0](#))
- autismo ([F84.0-F84.1](#))
- transtornos desintegrativos da infância ([F84.2-F84.3](#))

## **F80.8 Outros transtornos de desenvolvimento da fala ou da linguagem**

Balbucio

## **F80.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem**

Transtorno de linguagem SOE

## **F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares**

Transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doença cerebrais.

### **F81.0 Transtorno específico de leitura**

A característica essencial é um comprometimento específico e significativo do desenvolvimento das habilidades da leitura, não atribuível exclusivamente à idade mental, a transtornos de acuidade visual ou escolarização inadequada. A capacidade de compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral, e o desempenho de tarefas que necessitam da leitura podem estar todas comprometidas. O transtorno específico da leitura se acompanha freqüentemente de dificuldades de soletração, persistindo comumente na adolescência, mesmo quando a criança haja feito alguns progressos na leitura. As crianças que apresentam um transtorno específico da leitura tem freqüentemente antecedentes



de transtornos da fala ou de linguagem. O transtorno se acompanha comumente de transtorno emocional e de transtorno do comportamento durante a escolarização.

Dislexia de desenvolvimento

Leitura especular

Retardo específico da leitura

**Exclui:**

alexia SOE ([R48.0](#))

dificuldades de leitura secundárias a transtornos emocionais ([F93.-](#))

dislexia SOE ([R48.0](#))

### **F81.1 Transtorno específico da soletração**

A característica essencial é uma alteração específica e significativa do desenvolvimento da habilidade para soletrar, na ausência de antecedentes de um transtorno específico de leitura, e não atribuível à baixa idade mental, transtornos de acuidade visual ou escolarização inadequada. A capacidade de soletrar oralmente e a capacidade de escrever corretamente as palavras estão ambas afetadas.

Retardo específico da soletração (sem transtorno da leitura)

**Exclui:**

agrafia SOE ([R48.8](#))

dificuldades de soletração:

- associadas a transtorno da leitura ([F81.0](#))
- devidas a ensino inadequado ([Z55.8](#))

### **F81.2 Transtorno específico da habilidade em aritmética**

Transtorno que implica uma alteração específica da habilidade em aritmética, não atribuível exclusivamente a um retardo mental global ou à escolarização inadequada. O déficit concerne ao domínio de habilidades computacionais básicas de adição, subtração, multiplicação e divisão mais do que as habilidades matemáticas abstratas envolvidas na álgebra, trigonometria, geometria ou cálculo. Acalculia de desenvolvimento

Discalculia

Síndrome de Gerstmann de desenvolvimento

Transtorno de desenvolvimento do tipo acalculia

**Exclui:**

acalculia SOE ([R48.8](#))

dificuldades aritméticas:

- associadas a um transtorno da leitura ou da soletração ([F81.3](#))
- devidas a ensino inadequado ([Z55.8](#))

### **F81.3 Transtorno misto de habilidades escolares**

Categoria residual mal definida de transtornos nos quais existe tanto uma alteração significativa do cálculo quanto da leitura ou da ortografia, não atribuíveis exclusivamente a retardo mental global ou à escolarização inadequada. Deve ser utilizada para transtornos que satisfazem aos critérios tanto de [F81.2](#) quanto aos de [F81.0](#) ou [F81.1](#).

**Exclui:**

transtorno específico (de) (das):

- leitura ([F81.0](#))
- habilidades aritméticas ([F81.2](#))
- soletração ([F81.1](#))

### **F81.8 Outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares**

Transtorno de desenvolvimento da expressão escrita

### **F81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares**

Incapacidade (de):

- aprendizagem SOE
- aquisição de conhecimentos SOE

Transtorno de aprendizagem SOE

## F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

A característica essencial é um comprometimento grave do desenvolvimento da coordenação motora, não atribuível exclusivamente a um retardo mental global ou a uma afecção neurológica específica, congênita ou adquirida. Na maioria dos casos, um exame clínico detalhado permite sempre evidenciar sinais que evidenciam imaturidade acentuada do desenvolvimento neurológico, por exemplo movimentos coreiformes dos membros, sincinesias e outros sinais motores associados; assim como perturbações da coordenação motora fina e grosseira.

Debilidade motora da criança

Síndrome da "criança desajeitada"

Transtorno (da) (do):

- aquisição da coordenação
- desenvolvimento do tipo dispraxia

**Exclui:**

anomalias da marcha e da mobilidade ([R26.-](#))

falta de coordenação ([R27.-](#))

- secundária a retardo mental ([F70-F79](#))

## F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

Categoria residual de transtornos nos quais existem ao mesmo tempo sinais de um transtorno específico do desenvolvimento da fala e da linguagem, das habilidades escolares, e das funções motoras, mas sem que nenhum destes elementos predomine suficientemente para constituir o diagnóstico principal. Esta categoria mista deve estar reservada aos casos onde existe uma superposição importante dos transtornos específicos do desenvolvimento citados anteriormente. Os transtornos mistos se acompanham habitualmente, mas sem sempre, de um certo grau de alteração das funções cognitivas. Esta categoria deve assim ser utilizada para transtornos que satisfazem aos critérios de ao menos duas das categorias [F80.-](#), [F81.-](#) e [F82](#).

## F84 Transtornos globais do desenvolvimento

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões.

Usar código adicional, se necessário, para identificar uma afecção médica associada e o retardo mental.

### F84.0 Autismo infantil

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

Autismo \ infantil

Psicose {

Síndrome de Kanner

Transtorno autístico

**Exclui:**

psicopatia autista ([F84.5](#))

### F84.1 Autismo atípico

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico

ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.  
Psicose infantil atípica  
Retardo mental com características autísticas  
Usar código adicional ([F70-F79](#)), se necessário, para identificar o retardo mental.

#### **F84.2 Síndrome de Rett**

Transtorno descrito até o momento unicamente em meninas, caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda parcial ou completa de linguagem, da marcha e do uso das mãos, associado a um retardo do desenvolvimento craniano e ocorrendo habitualmente entre 7 e 24 meses. A perda dos movimentos propositais das mãos, a torsão estereotipada das mãos e a hiperventilação são características deste transtorno. O desenvolvimento social e o desenvolvimento lúdico estão detidos enquanto o interesse social continua em geral conservado. A partir da idade de quatro anos manifesta-se uma ataxia do tronco e uma apraxia, seguidas freqüentemente por movimentos coreoatetósicos. O transtorno leva quase sempre a um retardo mental grave.

#### **F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância**

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado pela presença de um período de desenvolvimento completamente normal antes da ocorrência do transtorno, sendo que este período é seguido de uma perda manifesta das habilidades anteriormente adquiridas em vários domínios do desenvolvimento no período de alguns meses. Estas manifestações se acompanham tipicamente de uma perda global do interesse com relação ao ambiente, condutas motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos e de uma alteração do tipo autístico da interação social e da comunicação. Em alguns casos, a ocorrência do transtorno pode ser relacionada com uma encefalopatia; o diagnóstico, contudo, deve tomar por base as evidências de anomalias do comportamento.

Demência infantil

Psicose:

- desintegrativa
- simbiótica

Síndrome de Heller

Usar código adicional, se necessário, para identificar a afecção neurológica associada.

**Exclui:**

síndrome de Rett ([F84.2](#))

#### **F84.4 Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados**

Transtorno mal definido cuja validade nosológica permanece incerta. Esta categoria se relaciona a crianças com retardo mental grave (QI abaixo de 34) associado à hiperatividade importante, grande perturbação da atenção e comportamentos estereotipados. Os medicamentos estimulantes são habitualmente ineficazes (diferentemente daquelas com QI dentro dos limites normais) e podem provocar uma reação disfórica grave (acompanhada por vezes de um retardo psicomotor). Na adolescência, a hiperatividade dá lugar em geral a uma hipoatividade (o que não é habitualmente o caso de crianças hipercinéticas de inteligência normal). Esta síndrome se acompanha, além disto, com freqüência, de diversos retardos do desenvolvimento, específicos ou globais. Não se sabe em que medida a síndrome comportamental é a consequência do retardo mental ou de uma lesão cerebral orgânica.

#### **F84.5 Síndrome de Asperger**

Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem freqüentemente na adolescência e idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta.

Psicopatia autística

Transtorno esquizóide da infância

## **F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento**

## **F84.9 Transtornos globais não especificados do desenvolvimento**

## **F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico**

Agnosia de desenvolvimento

## **F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado**

Transtorno do desenvolvimento SOE



## **F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência**

### **F90 Transtornos hipercinéticos**

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima.

#### **Exclui:**

- esquizofrenia ([F20.-](#))
- transtornos (da) (do):
  - ansiosos ([F41.-](#))
  - globais do desenvolvimento ([F84.-](#))
  - humor [afetivos] ([F30-F39](#))

### **F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção**

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade  
Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade  
Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

#### **Exclui:**

transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta ([F90.1](#))

### **F90.1 Transtorno hipercinético de conduta**

Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

### **F90.8 Outros transtornos hipercinéticos**

### **F90.9 Transtorno hipercinético não especificado**

Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE  
Síndrome hipercinética SOE

### **F91 Distúrbios de conduta**

Os transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). Quando as características de

um transtorno de conduta são sintomáticos de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado.

O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou a animais; destruição dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência anormalmente freqüentes e graves. A presença de manifestações nítidas de um dos grupos de conduta precedentes é suficiente para o diagnóstico mas atos dissociais isolados não o são.

**Exclui:**

- esquizofrenia ([F20.-](#))
- transtorno(s) (do):
  - globais do desenvolvimento ([F84.-](#))
  - humor [afetivos] ([F30-F39](#))
- quando associado com transtornos:
  - emocionais ([F92.-](#))
  - hipercinéticos ([F90.1](#))

### **F91.0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar**

Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissocial e agressivo (não lembrado a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), manifestando-se exclusiva ou quase exclusivamente em casa e nas relações com os membros da família nuclear ou as pessoas que habitam sob o mesmo teto. Para que um diagnóstico positivo possa ser feito, o transtorno deve responder, além disso, aos critérios gerais citados em [F91.-](#); a presença de uma perturbação, mesmo grave, das relações pais-filhos não é por isso só suficiente para este diagnóstico.

### **F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado**

Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissocial ou agressivo persistente (que responde aos critérios gerais citados em [F91.-](#) e não limitado a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), associado a uma alteração significativa e global das relações com as outras crianças.

Distúrbio (de):

- agressivo, não-socializado
- conduta, tipo solitário-agressivo

### **F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado**

Transtorno de conduta caracterizado pela presença de um comportamento dissocial ou agressivo (que responde aos critérios gerais citados em [F91.-](#) e não limitado a um comportamento de oposição, provocador ou perturbador) manifestando-se em indivíduos habitualmente bem integrados com seus companheiros.

Cabular aulas

Delinqüência "de grupo"

Delitos cometidos num contexto de grupo

Roubos em grupo

Transtorno de condutas tipo "em grupo"

### **F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição**

Transtorno de conduta manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves. Para que um diagnóstico positivo possa ser feito, o transtorno deve responder aos critérios gerais citados em [F91.-](#); mesmo a ocorrência de travessuras ou de desobediência sérias não justifica, por si próprio, este diagnóstico. Esta categoria deve ser utilizada com prudência, em particular nas crianças com mais idade, dado que os transtornos de conduta que apresentam uma significação clínica se acompanham habitualmente de comportamentos dissociais ou agressivos que ultrapassam o quadro de um comportamento provocador, desobediente ou perturbador.

### **F91.8 Outros transtornos de conduta**

### **F91.9 Transtorno de conduta não especificado**

Transtorno (de) (do):

- comportamento na criança SOE
- conduta na criança SOE

## F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

Grupo de transtornos caracterizados pela presença de um comportamento agressivo, dissocial ou provocador, associado a sinais patentes e marcantes de depressão, ansiedade ou de outros transtornos emocionais. Para um diagnóstico positivo, o transtorno deve responder ao mesmo tempo aos critérios de um transtorno de conduta da infância ([F91.-](#)) e de um transtorno emocional da infância ([F93.-](#)) ou de um transtorno neurótico do adulto ([F40-F48](#)) ou de um transtorno do humor do adulto ([F30-F39](#)).

### F92.0 Distúrbio depressivo de conduta

Transtorno caracterizado pela presença de um transtorno de conduta ([F91.-](#)) associado a um humor depressivo marcante e persistente ([F32.-](#)), traduzindo-se por sintomas tais como tristeza profunda, perda de interesse e de prazer para as atividades usuais, sentimento de culpa e perda da esperança. O transtorno pode se acompanhar de uma perturbação do sono ou do apetite.

Transtorno de conduta classificado em [F91.-](#) associado a um transtorno depressivo em [F32.-](#)

### F92.8 Outros transtornos mistos da conduta e das emoções

Grupo de transtornos caracterizados pela presença de um transtorno de conduta ([F91.-](#)) associado a perturbações emocionais persistentes e marcantes, por exemplo, ansiedade, medo, obsessões ou compulsões, despersonalização ou desrealização, fobias ou hipocondria.

Transtorno de conduta classificado em [F91.-](#) associado a transtorno(s):

- emocional em [F93.-](#)
- neuróticos em [F40-F48](#)

### F92.9 Transtorno misto da conduta e das emoções não especificado

## F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

Grupo de transtornos que constituem uma exacerbação de manifestações normais do desenvolvimento, mais do que um fenômeno qualitativamente anormal por si próprio. É essencialmente sobre esta característica que repousa a diferenciação entre os transtornos emocionais que aparecem especificamente na infância ([F93.-](#)) e os transtornos neuróticos ([F40-F48](#)).

**Exclui:**

quando associados a transtornos de conduta ([F92.-](#))

### F93.0 Transtorno ligado à angústia de separação

Transtorno no qual a ansiedade está focalizada sobre o temor relacionado com a separação, ocorrendo pela primeira vez durante os primeiros anos da infância. Distingue-se da angústia de separação normal por sua intensidade (gravidade), evidência excessiva, ou por sua persistência para além da primeira infância, e por sua associação com uma perturbação significativa do funcionamento social.

**Exclui:**

transtornos (de) (do):

- ansiedade social da infância ([F93.2](#))
- fóbico ansioso da infância ([F93.1](#))
- humor [afetivos] ([F30-F39](#))
- neuróticos ([F40-F48](#))

### F93.1 Transtorno fóbico ansioso da infância

Transtorno caracterizado pela presença de medos da infância, altamente específicos de uma fase do desenvolvimento, e ocorrendo, num certo grau, na maioria das crianças, mas cuja intensidade é anormal. Os medos que ocorrem na infância mas que não fazem parte do desenvolvimento psicossocial normal (por exemplo, agorafobia) devem ser classificados na categoria apropriada do capítulo ([F40-F48](#)).

**Exclui:**

ansiedade generalizada ([F41.1](#))

### **F93.2 Distúrbio de ansiedade social da infância**

Transtorno caracterizado pela presença de retraimento com relação a estranhos e temor ou medo relacionado com situações novas, inabituais ou inquietantes. Esta categoria deve ser usada somente quando tais temores aparecem na primeira infância, mas são aqui excessivos e se acompanham de uma perturbação do funcionamento social.

Retraimento da infância e da adolescência

### **F93.3 Transtorno de rivalidade entre irmãos**

A maior parte das crianças pequenas fica perturbada pelo nascimento de um irmão ou de uma irmã. No transtorno de rivalidade entre irmãos, a reação emocional é evidentemente excessiva e se acompanha de uma perturbação do funcionamento social.

Ciúmes entre irmãos

### **F93.8 Outros transtornos emocionais da infância**

Transtorno de:

- hiperansiedade
- identidade

**Exclui:**

transtorno de identidade sexual na infância ([F64.2](#))

### **F93.9 Transtorno emocional da infância não especificado**

## **F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência**

Grupo relativamente heterogêneo de transtornos caracterizados pela presença de uma perturbação do funcionamento social, ocorrendo durante o período de desenvolvimento, mas que não apresenta as características de uma incapacidade ou de uma deficiência social, aparentemente constitucionais, que perpassa todos os domínios do funcionamento (diferentemente dos transtornos globais do desenvolvimento). Em numerosos casos, a ocorrência destes transtornos parece estreitamente ligada a distorções ou a privações do ambiente.

### **F94.0 Mutismo eletivo**

Transtorno caracterizado por uma recusa, ligada a fatores emocionais, de falar em certas situações determinadas. A criança é capaz de falar em certas situações, mas recusa-se a falar em outras determinadas situações. O transtorno se acompanha habitualmente de uma acentuação nítida de certos traços de personalidade, como por exemplo ansiedade social, retraimento social, sensibilidade social ou oposição social.

Mutismo seletivo

**Exclui:**

esquizofrenia ([F20.-](#))

mutismo transitório que acompanha uma angústia de separação em crianças pequenas ([F93.0](#))

transtornos:

- específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem ([F80.-](#))
- globais do desenvolvimento ([F84.-](#))

### **F94.1 Distúrbio reativo de vinculação da infância**

Transtorno que aparece durante os cinco primeiros anos de vida, caracterizado pela presença de anomalias persistentes do modo de relações sociais da criança, associadas a perturbações emocionais e que se manifestam por ocasião de alterações no ambiente, por exemplo, inquietude e hipervigilância, redução das interações sociais com as outras crianças, auto ou heteroagressividade, comiseração e, em certos casos, retardo do crescimento. A ocorrência da síndrome está provavelmente ligada diretamente a uma negligência evidente, abusos ou maus tratos por parte dos pais.

Usar código adicional, se necessário, para identificar qualquer retardo do desenvolvimento ou do crescimento associados.

**Exclui:**

abusos sexuais ou físicos da criança, levando a problemas psicossociais ([Z61.4-Z61.6](#))



maus tratos ([T74.-](#))  
síndrome de Asperger ([F84.5](#))  
transtorno de fixação da infância, com desinibição ([F94.2](#))  
variação normal no padrão de vinculação seletiva

#### **F94.2 Transtorno de fixação da infância, com desinibição**

Transtorno caracterizado por um modo particular de funcionamento social anormal que aparece nos cinco primeiros anos de vida, persistindo habitualmente a despeito de modificações importantes do ambiente. Exemplos: condutas patológicas relacionadas com uma fixação generalizada e não seletiva, demandas de afeto, sociabilidade não discriminativa; interações pouco diferenciadas com as outras crianças; e dependendo das circunstâncias podem também associar-se perturbações emocionais e outros transtornos do comportamento.

Psicopatia de privação afetiva

Síndrome institucional

##### **Exclui:**

- hospitalismo na criança ([F43.2](#))
- síndrome de Asperger ([F84.5](#))
- transtorno(s):
  - hipercinéticos ([F90.-](#))
  - reacional de fixação na infância ([F94.1](#))

#### **F94.8 Outros transtornos do funcionamento social na infância**

#### **F94.9 Transtorno do funcionamento social da infância não especificado**

### **F95 Tiques**

Grupo de síndromes, caracterizadas pela presença evidente de um tique. Um tique é um movimento motor (ou uma vocalização) involuntário, rápido, recorrente e não-rítmico (implicando habitualmente grupos musculares determinados), ocorrendo bruscamente e sem finalidade aparente. Os tiques são habitualmente sentidos como irremediáveis, mas podem em geral ser suprimidos durante um período de tempo variável. São freqüentemente exacerbados pelo "stress" e desaparecem durante o sono. Os tiques motores simples mais comuns incluem o piscar dos olhos, movimentos bruscos do pescoço, levantar os ombros e fazer caretas. Os tiques vocais simples mais comuns comportam a limpeza da garganta, latidos, fungar e assobiar. Os tiques motores complexos mais comuns incluem se bater, saltar e saltitar. Os tiques vocais complexos mais comuns se relacionam à repetição de palavras determinadas, às vezes com o emprego de palavras socialmente reprovadas, freqüentemente obscenas (coprolalia) e a repetição de seus próprios sons ou palavras (palilalia).

#### **F95.0 Tique transitório**

Transtorno que responde aos critérios gerais de um tique, mas que não persiste além de doze meses. Trata-se habitualmente do piscamento dos olhos, mímicas faciais ou de movimentos bruscos da cabeça.

#### **F95.1 Tique motor ou vocal crônico**

Transtorno que responde aos critérios de um tique, caracterizado pela presença que de tiques motores, quer de tiques vocais mas não os dois ao mesmo tempo. Pode-se tratar de um tique isolado, ou mais freqüentemente, de tiques múltiplos, persistindo durante mais de um ano.

#### **F95.2 Tiques vocais e motores múltiplos combinados [doença de Gilles de la Tourette]**

Transtorno caracterizado em um momento qualquer durante o curso da doença por tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, não necessariamente simultâneos. O transtorno se agrava habitualmente durante a adolescência e persiste freqüentemente na idade adulta. Os tiques vocais são freqüentemente múltiplos, com vocalizações, limpeza da garganta e grunhidos repetidos e explosivos, e por vezes, emissão de palavras ou frases obscenas, associadas em certos casos a uma ecopraxia gestual que pode ser igualmente obscena (copropraxia).

#### **F95.8 Outros tiques**

## **F95.9 Tique não especificado**

Tique SOE

## **F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência**

Grupo heterogêneo de transtornos, ocorrendo durante a infância, mas que difere por outro lado em numerosos pontos. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto as outras são simples associações de sintomas; estes últimos devem contudo ser incluídos por um lado em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial e de outro, porque não podem ser incluídas em outras síndromes.

### **Exclui:**

- crises de falta de fôlego ([R06.8](#))
- síndrome de Kleine-Levin ([G47.8](#))
- transtorno (de) (do):
  - identidade sexual da infância ([F64.2](#))
  - obsessivo-compulsivo ([F42.-](#))
  - sono devido a causas emocionais ([F51.-](#))

## **F98.0 Enurese de origem não-orgânica**

Transtorno caracterizado por micção involuntária (diurna e/ou noturna) anormal levando-se em conta a idade mental da criança, e que não está ligada a um transtorno do controle vesical de origem neurológica, crises epiléticas ou anomalia orgânica do aparelho urinário. A enurese pode existir, de modo contínuo, depois do nascimento ou ser precedida de um período de controle de função vesical. Pode-se acompanhar de um transtorno mais generalizado das emoções ou do comportamento.

Enurese:

- funcional
- (primária) (secundária) de origem não-orgânica
- psicogênica

Incontinência urinária de origem não-orgânica

### **Exclui:**

- enurese SOE ([R32](#))

## **F98.1 Encoprese de origem não-orgânica**

Transtorno caracterizado por emissão fecal repetida, involuntária ou voluntária, habitualmente de consistência normal ou quase normal, em locais inapropriados a este propósito, tendo-se em conta o contexto sócio-cultural do sujeito. Pode se tratar de uma persistência anormal da incontinência infantil normal, ou perda de continência após a aquisição do controle intestinal, ou ainda de emissão fecal deliberada em locais não apropriados a despeito de um controle esfíncteriano normal. A encoprese pode constituir um transtorno isolado, monossintomático ou fazer parte de um outro transtorno, em particular um transtorno emocional ([F93.-](#)) ou transtorno de conduta ([F91.-](#)).

Encoprese:

- funcional
- psicogênica

Incontinência fecal de origem não-orgânica

Usar código adicional, se necessário, para identificar a causa de obstipação associada.

### **Exclui:**

- encoprese SOE ([R15](#))

## **F98.2 Transtorno de alimentação na infância**

Transtorno de alimentação com manifestações diversas geralmente específicas da criança muito jovem e do início da infância. Leva geralmente à recusa de alimentos e a uma seletividade extrema, embora os alimentos sejam de qualidade razoáveis, que os cuidados sejam dados por uma pessoa competente, e que não haja doença orgânica. A ruminação (regurgitação repetida sem náusea nem transtorno gastrointestinal) pode estar associada.

Transtorno de ruminação da criança

**Exclui:**

anorexia nervosa e outros transtornos da alimentação ([F50.-](#))  
dificuldades nutricionais e nutrição inadaptaada ([R63.3](#))  
pica do lactente ou da criança ([F98.3](#))  
problemas nutricionais no recém-nascido ([P92.-](#))

**F98.3 Pica do lactente ou da criança**

Transtorno caracterizado pelo consumo duradouro de substâncias não-nutritivas (por exemplo, terra, lascas de pintura etc). Pode constituir um comportamento psicopatológico relativamente isolado ou fazer parte de um transtorno psiquiátrico mais global (tal como o autismo). Um diagnóstico de pica deve ficar reservado às manifestações isoladas. Este comportamento se observa sobretudo em crianças que apresentam retardo mental e na presença de um retardo mental, este último deve constituir o diagnóstico principal ([F70-F79](#)).

**F98.4 Estereotipias motoras**

Transtorno caracterizado por movimentos intencionais, repetitivos, estereotipados, desprovidos de finalidade (e freqüentemente ritmados), não ligado a um transtorno psiquiátrico ou neurológico identificado. Quando estes movimentos sobrevêm no quadro de um outro transtorno, só o último deve ser registrado e não se faz um diagnóstico de estereotipia motora. Os movimentos sem componente automutilador compreendem: balançar o corpo, balançar a cabeça, arrancar os cabelos, torcer os cabelos, estalar os dedos e bater as mãos. Os comportamentos estereotipados automutiladores compreendem: bater a cabeça, esbofetear a face, colocar o dedo nos olhos, morder as mãos, os lábios ou outras partes do corpo. Os movimentos estereotipados ocorrem muito habitualmente em crianças com retardo mental (neste caso, os dois diagnósticos devem ser registrados). Quando o fato de enfiar o dedo no olho ocorre em criança com déficit visual, os dois diagnósticos devem ser codificados, o primeiro em [F98.4](#) e o segundo com a ajuda do código (orgânico) apropriado.

Estereotipias/comportamentos repetitivos

**Exclui:**

enfiar os dedos no nariz ([F98.8](#))  
estereotipias que fazem parte de um transtorno psiquiátrico maior ([F00-F95](#))  
movimentos involuntários anormais ([R25.-](#))  
morder as unhas ([F98.8](#))  
sucção do polegar ([F98.8](#))  
tiques ([F95.-](#))  
transtorno obsessivo compulsivo ([F42.-](#))  
transtornos do movimento de origem orgânica ([G20-G25](#))  
tricotilomania ([F63.3](#))

**F98.5 Gagueira [tartamudez]**

A gagueira é caracterizada por repetições ou prolongamentos freqüentes de sons, de sílabas ou de palavras, ou por hesitações ou pausas freqüentes que perturbam a fluência verbal. Só se considera como transtorno caso a intensidade de perturbação incapacite de modo marcante a fluidez da fala.

**Exclui:**

linguagem precipitada ([F98.6](#))  
tiques ([F95.-](#))

**F98.6 Linguagem precipitada**

A linguagem precipitada é caracterizada por um débito verbal anormalmente rápido e um ritmo irregular (sem repetições nem hesitações), suficientemente intenso para tornar difícil a inteligibilidade. A linguagem é irregular e mal ritmada, consistindo em emissões verbais rápidas com formas sintáticas errôneas.

**Exclui:**

gagueira ([F98.5](#))  
tiques ([F95.-](#))

**F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência**

Comer unhas  
Déficit de atenção sem hiperatividade

Enfiar os dedos no nariz  
Masturbação exagerada  
Sucção do polegar

**F98.9 Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência**

<b>Agorafobia</b>	<b>Bipolar II, Transtorno</b>	<b>Dissociativo, Transtorno</b>
<b>Agorafobia sem Pânico</b>	<b>Bulimia</b>	<b>Dissonias</b>
<b>Ajustamento, Transtorno</b>	<b>Catatônia por Cond. Médica</b>	<b>Distímico, Transtorno</b>
<b>Alimentação na 1ª Infância</b>	<b>Ciclotímico, Transtorno</b>	<b>Doloroso, Transtorno</b>
<b>Alimentares, Transtornos</b>	<b>Cleptomania</b>	<b>Dor Sexual</b>
<b>Amnésia Dissociativa</b>	<b>Comunicação, Transtorno</b>	<b>Ejaculação Precoce</b>
<b>Amnésico, Transtorno</b>	<b>Condição Médica Geral</b>	<b>Encoprese</b>
<b>Anorexia</b>	<b>Controle dos Impulsos, Transt.</b>	<b>Enurese</b>
<b>Ansiedade</b>	<b>Conversivo, Transtorno</b>	<b>Episódio Depressivo Maior</b>
<b>Ansiedade Generalizada</b>	<b>Deficiência Mental</b>	<b>Episódio Hipomaníaco</b>
<b>Ansiedade Ind. por Substâncias</b>	<b>Déficit de Atenção / Hiperatividade</b>	<b>Episódio Maníaco</b>
<b>Ansiedade por Condição Médica</b>	<b>Delirante, Transtorno</b>	<b>Episódio Misto do Humor</b>
<b>Ansiedade Separação na Infância</b>	<b>Delirium</b>	<b>Erétil Masculino, Transtorno</b>
<b>Apego Reativo, Transtorno</b>	<b>Demência</b>	<b>Esquizoafetivo, Transtorno</b>
<b>Aprendizagem, Transtorno</b>	<b>Depressivos, Transtornos</b>	<b>Esquizof. Catatônica</b>
<b>Asperger, Transtorno</b>	<b>Desafio e Oposição, Transt. de</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<b>Ataque de Pânico</b>	<b>Desejo Sexual, Trant. de</b>	<b>Esquizofreniforme</b>
<b>Autista, Transtorno</b>	<b>Desintegrativo da Infância</b>	<b>Estresse Agudo</b>
<b>Aversão Sexual</b>	<b>Despersonalização</b>	<b>Estresse Pós-Traumático</b>
<b>Bipolar, Transtorno</b>	<b>Devido Cond. Médica</b>	<b>Excitação Sexual, Transt. da</b>
<b>Bipolar I, Transtorno</b>	<b>Dismórfico Corporal, Transt.</b>	<b>Excreção, Transt. da</b>
	<b>Dispareunia</b>	<b>Explosivo Interminente, Transt.</b>

Expressivo Escrita, Transt. da	Movim. Estereotipado	Primários do Sono
Factício, Transt.	Mutismo Seletivo	Psic. Devido a Cond. Médica
Fetichismo	Narcolepsia	Psicótico Breve
Fobias	Obsessivo-Compulsivo	Psicótico Compartilhado
Fobias Específica	Orgasmo, Transtornos	Psicótico Ind. por Subst.
Fobia Social	Outro Transtorno Infância e Adolesc.	Psicótico s/ outra Espec.
Fonológica, Transtorno	Pânico	Retardo Mental
Frotteurismo	Pânico c/ Agorafobia	Rett, Síndrome de
Fuga Dissociativa	Pânico s/ Agorafobia	Ritmo do Sono
Hiperatividade	Parafilias	Ruminação
Hipersonia por Trans. Mental	Parassonias	Sadismo
Hipersonia Primária	Pedofilia	Sexuais, Transtornos
Humor, Transtorno do	Personalidade	Somatização Transt. de
Humor por Cond. Médica, Transt.	Personalidade Obses.- Compulsiva	Somatoformo, Transtorno
Identidade Sexual, Transt. da	Personalidade por Cond. Médica	Sonambulismo
Insônia por Transt. Mental	Personalidade Dependente	Sono, Transtornos do
Insônia Primária	Personalidade Esquizóide	Sono por Condição Médica
Invasivo do Desenv. Transt. do	Personalidade Esquizotípica	Sono Relacionado a Respiração
Jogo Patológico	Personalidade Anti-Social	Sono Relacionado à transt. Mental
Leitura, Transtorno da	Personalidade Borderline	Tartamudez (Gagueira)
Linguagem, Recepção, Expressão	Personalidade Esquiva	Terror Noturno
Linguagem Expressiva	Personalidade Histriônica	Tique, Transtorno de
Masoquismo	Personalidade Narcisista	Tourette
Matemática	Personalidade Paranóide	Uso de Substância, Transt. por
Mentais por Subst. Transt.	Pesadelo	Vaginismo
	Pica	Voyeurismo
	Piromania	





# CLASSIFICAÇÃO DSM-IV CÓDIGOS E CATEGORIAS DOS EIXOS I E II

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição (DSM-IV™) é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. DSM-IV™ é uma classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseados em grupos de critérios com características definidas. Utilizando-se a nomenclatura padrão para definir os transtornos e fornecer instruções codificadas precisas para diagnósticos, o DSM-IV™ facilita o diagnóstico, o tratamento e as análises estatísticas dos transtornos mentais. Este manual é uma listagem dos códigos do DSM-IV™ para todas as categorias de transtornos mentais reconhecidas.

## CLASSIFICAÇÃO DO DSM-IV™

NE = Não Especificado

Um x colocado no código de um diagnóstico indica que é necessário um código numérico específico.

Reticências (...) são usadas nos nomes de certos transtornos para indicar que o nome de um transtorno mental específico ou uma condição médica genérica deve ser inserido, quando se classificar o nome (por exemplo, 293.0 Delírio Devido a Hipotireoidismo).

Encontrando-se os critérios, uma das seguintes especificações de gravidade deve ser mencionada após o diagnóstico:

- Leve • Moderada • Grave

Se os critérios não forem encontrados, uma das seguintes especificações deve ser mencionada:

Em Remissão Parcial  
Em Remissão Total  
Histórico Anterior

## Transtornos Usualmente Diagnosticados Durante a Infância ou na Adolescência, pela Primeira Vez

### Retardo Mental

Nota: Codificados no Eixo II.

317	Retardo Mental Leve
318.0	Retardo Mental Moderado
318.1	Retardo Mental Grave
318.2	Retardo Mental Profundo
319	Retardo Mental, Gravidade Não Especificada

### Transtornos de Aprendizagem

- 315.00 Transtorno de Leitura
- 315.1 Transtorno de Matemática
- 315.2 Transtorno de Expressão Escrita
- 315.9 Transtorno de Aprendizagem NE

### **Transtorno de Coordenação Motora**

- 315.4 Transtorno do Desenvolvimento de Coordenação

### **Transtornos da Comunicação**

- 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva
- 315.32 Transtorno da Linguagem Expressiva e Receptiva
- 315.39 Transtorno Fonológico
- 307.0 Gagueira
- 307.9 Transtorno da Comunicação NE

### **Transtornos Gerais do Desenvolvimento**

- 299.0 Autismo
- 299.80 Transtorno de Rett
- 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância
- 299.80 Transtorno de Asperger
- 299.80 Transtorno Geral do Desenvolvimento NE

### **Transtornos do Comportamento e Déficit de Atenção**

- 314.xx Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
  - .01 Tipo Combinado
  - .00 Tipo Predominantemente Desatento
  - .01 Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo
- 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade NE
- 312.8 Transtorno de Conduta
  - Especificar o tipo: Tipo Manifestado na Infância/ Tipo Manifestado na Adolescência
- 313.81 Transtorno de Rebeldia Resistente
- 312.9 Transtorno do Comportamento Disruptivo NE

### **Transtornos de Alimentação da Primeira Infância e da Infância**

- 307.52 Pica
- 307-53 Transtorno da Ruminação
- 307-59 Transtorno da Alimentação da Primeira Infância e na Infância

### **Transtorno de Tiques**

- 307.23 Transtorno de Tourette
- 307.22 Transtorno de Tique Nervoso Crônico Motor ou Vocal
- 307.21 Transtorno de Tique Transitório  
Especificar se: Episódio Único / Recorrente
- 307.20 Transtorno de Tique Nervoso NE

### **Transtornos de Eliminação**

- Encoprese
- 787.6 Com obstipação e Incontinência Urinária
- 307.7 Sem obstipação e Com Incontinência Urinária
- 307.6 Enurese (Não Relacionada à Condição Clínica Geral)  
Especificar o Tipo: Somente Noturna / Somente Diurna / Noturna e Diurna

### **Outros Transtornos da Primeira Infância, da Infância ou da Adolescência**

- 309.21 Transtorno de Ansiedade da Separação  
Especificar se: Manifestação Precoce
- 313.23 Mutismo Seletivo
- 313.89 Transtorno Reativo do Vínculo na Primeira Infância ou na Infância  
Especificar o Tipo: Tipo Inibido / Tipo Desinibido
- 307.3 Transtorno do Movimento Estereotipado  
Especificar se: Com Comportamento Auto-Destrutivo
- 313-9 Transtorno da Primeira Infância, da Infância ou da Adolescência NE

## **Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos**

### **Delirium**

- 293-0 Delirium Devido a...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- Delirium de Intoxicação por Substância  
[Refere-se a Transtornos Relacionados à Substância para códigos específicos de substância]
- Delirium por Supressão de Substância  
[Refere-se a Transtornos Relacionados à Substância para códigos específicos de substância]
- Delirium Devido a Etiologias Múltiplas  
[Codificar cada uma das etiologias específicas]
- 780.09 Delirium NE

### **Demência**

- 290.xx Demência do tipo Mal de Alzheimer, Com Manifestação Precoce  
(também código 331.0 Mal de Alzheimer no Eixo III)
- .10 Sem Complicações

- .11 Com Delirium
- .12 Com Delírio
- .13 Com Humor Deprimido  
Especifique se: Com Alteração de Comportamento
- 290.xx Demência do Tipo Mal de Alzheimer, Com Manifestação Tardia  
(também código 331.0 Mal de Alzheimer no Eixo III)
  - .0 Sem Complicações
  - .3 Com Delirium
  - .20 Com Delírio
  - .21 Com Humor Deprimido  
Especifique se: Com Alteração de Comportamento
- 290.xx Demência Vascular
  - .40 Sem Complicações
  - .41 Com Delirium
  - .42 Com Delírio
  - .43 Com Humor Deprimido  
Especifique se: Com Alteração de Comportamento
- 294.9 Demência Devido ao HIV  
(também código 043.1 Infecção por HIV afetando o sistema nervoso central no Eixo III)
- 294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano  
(também código 854.00 lesão craniana no Eixo III)
- 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson  
(também código 332.0 Doença de Parkinson no Eixo III)
- 294.1 Demência Devido à Doença de Huntington  
(também código 333.4 Doença de Huntington no Eixo III)
- 290.10 Demência Devido à Doença de Pick  
(também código 331.1 Doença de Pick no Eixo III)
- 290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob  
(também código 046.1 Doença de Creutzfeldt-Jakob no Eixo III)
- 294.1 Demência Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral não listada acima]  
(também codifique a condição clínica geral no Eixo III)
- Demência Persistente Induzida por Substância  
(refere-se a Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos de substância)
- Demência Devido a Múltiplas Etiologias  
(codificar cada uma das etiologias específicas)
- 294.8 Demência N E

## **Transtornos de Amnésia**

- 294.0 Transtorno de Amnésia Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]  
Especifique se: Transitória / Crônica
- Transtorno de Amnésia Persistente Induzido por Substância  
(refere-se aos Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos de substâncias)
- 294.8 Transtorno de Amnésia NE

## **Outros Transtornos Cognitivos**

294-9 Transtorno Cognitivo NE

## Transtornos Mentais devido à Condição Clínica Geral

- 293.89 Transtorno Catatônico Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 310.1 Alteração de Personalidade Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]  
Especificar o tipo: Lábil / Desinibido/ Agressivo / Apático Paranóico / Outro Tipo  
Tipo Combinado / Tipo Não Especificado
- 293.9 Transtorno Mental NE Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]

## Transtornos Relacionados a Substâncias

As seguintes especificações devem ser aplicadas à Dependência de Substâncias:

Com Dependência Fisiológica / Sem Dependência Fisiológica  
Remissão Total Precoce / Remissão Parcial Precoce  
Remissão Total Sustentada / Remissão Parcial Sustentada  
Em Terapia Agonista / Em Ambiente Controlado

As seguintes especificações se aplicam aos Transtornos Induzidos por Substâncias:

Manifestadas Durante a Intoxicação  
Manifestadas Durante a Abstinência

## Transtornos Relacionados Ao Álcool

### Transtornos por Uso do Álcool

- 303.90 Dependência do Álcool  
305.00 Abuso do Álcool

### Transtornos Induzidos pelo Álcool

- 303.00 Intoxicação Alcoólica  
291.8 Abstinência Alcoólica  
Especificar se: Com Transtornos da Percepção
- 291.0 Delirium por Intoxicação Alcoólica  
291.0 Delirium por Abstinência Alcoólica  
291.2 Demência Persistente por Indução Alcoólica  
291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido pelo Álcool  
291.X Transtorno Psicótico Induzido pelo Álcool  
.5 Com Delírios  
.3 Com Alucinações
- 291.8 Transtorno de Humor Induzido pelo Álcool  
291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido pelo Álcool  
291.8 Disfunção Sexual Induzida pelo Álcool  
291.8 Transtorno do Sono Induzido pelo Álcool  
291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool NE

## **Transtornos Relacionados À Anfetamina (Ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

### **Transtornos por Uso de Anfetamina**

- 304.40 Dependência de Anfetamina
- 305.70 Abuso de Anfetamina

### **Transtornos Induzidos por Anfetamina**

- 292.89 Intoxicação por Anfetamina  
Especifique se: Com Transtornos de Percepção
- 292.0 Abstinência de Anfetamina
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Anfetamina
- 292.XX Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina
- 292.89 Transtorno Sexual Induzido por Anfetamina
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina
- 292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina NE

## **Transtornos Relacionados À Cafeína**

### **Transtornos Induzidos por Cafeína**

- 305.90 Intoxicação por Cafeína
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína NE

## **Transtornos Relacionados A Maconha**

### **Transtornos pelo Uso da Maconha**

- 304.30 Dependência de Maconha
- 305.20 Abuso de Maconha

### **Transtornos Induzidos por Maconha**

- 292.89 Intoxicação por Maconha  
Especificar se: Com Alteração de Percepção
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Maconha
- 292.XX Transtorno Psicótico Induzido por Maconha
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Maconha
- 292.9 Transtorno Relacionado à Maconha NE

## Transtornos Relacionados À Cocaína

### Transtornos pelo Uso da Cocaína

- 304.20 Dependência de Cocaína
- 305.60 Abuso de Cocaína

### Transtornos Induzidos por Cocaína

- 292.89 Intoxicação por Cocaína  
Especificar se: Com Alteração da Percepção
- 292.0 Abstinência de Cocaína
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Cocaína
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína NE

## Transtornos Relacionados A Alucinógenos

### Transtornos pelo Uso de Alucinógenos

- 304.50 Dependência de Alucinógeno
- 305.30 Abuso de Alucinógeno

### Transtornos Induzidos por Alucinógenos

- 292.89 Intoxicação por Alucinógeno
- 292.89 Transtorno Persistente da Percepção por Alucinógeno (Reincidências)
- 292.81 Delirium por Intoxicação por Alucinógeno
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógeno
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Alucinógeno
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógeno
- 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógeno NE

## Transtornos Relacionados A Inalantes

### Transtornos por Uso de Inalantes

- 304.60 Dependência de Inalantes
- 305.90 Abuso de Inalantes



## **Transtornos Induzidos por Inalantes**

292.89	Intoxicação por Inalantes
292.81	Delirium por Intoxicação por Inalantes
292.82	Demência Persistente Induzida por Inalantes
292.XX	Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes
.11	Com Delírios
.12	Com Alucinações
292.84	Transtorno do Humor Induzido por Inalantes
292.89	Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes
292.9	Transtorno Relacionado a Inalantes NE

## **Transtornos Relacionados À Nicotina**

### **Transtorno pelo Uso da Nicotina**

305.10	Dependência da Nicotina
--------	-------------------------

### **Transtornos Induzidos por Nicotina**

292.0	Abstinência de Nicotina
292.9	Transtorno Relacionado à Nicotina NE

## **Transtornos Relacionados aos Opióides**

### **Transtornos pelo Uso de Opióides**

304.00	Dependência Opióide
305.50	Abuso Opióide

### **Transtornos Opióides Induzidos**

292.89	Intoxicação Opióide
	Especificar se; Com Alteração de Percepção
292.0	Abstinência Opióide
292.81	Delirium por Intoxicação Opióide
292.XX	Distúrbio Psicótico Induzido por Opióide
.11	Com Delírios
.12	Com Alucinações
292.84	Transtorno do Humor Induzido por Opióide
292.89	Disfunção Sexual Induzida por Opióide
292.89	Transtorno do Sono Induzido por Opióide
292.9	Transtorno Relacionado ao Ópio NE

## **Transtornos Relacionados À Fenciclidina (ou Tipo Fenciclidina)**

### **Transtornos pelo Uso de Fenciclidina**

- 304.90 Dependência de Fenciclidina
- 305.90 Abuso de Fenciclidina

### **Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

- 292.89 Intoxicação por Fenciclidina  
Especificar se: Com Alteração de Percepção
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Fenciclidina
- 292.XX Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina
- 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina NE

## **Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

### **Transtornos pelo Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

- 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### **Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos e Ansiolíticos**

- 292.89 Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos  
Especificar se: Com Alteração de Percepção
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.81 Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
  - .11 Com Delírios
  - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

## Transtorno Relacionado A Polisubstâncias

304.80 Dependência de Polisubstâncias

## Transtornos Relacionados A Outras (Ou Desconhecidas) Substâncias

### Transtornos pelo Uso de Outra (ou Desconhecida)

#### Substância

304.90 Dependência de Outra (ou Desconhecida) Substância  
305.90 Abuso de Outra (ou Desconhecida) Substância

### Transtornos Induzidos por Outra (ou Desconhecida) Substância

292.89 Intoxicação por Outra (ou Desconhecida) Substância  
Especificar se: Com Alteração de Percepção  
292.0 Abstinência de Outra (ou Desconhecida) Substância  
Especificar se: Com Alteração de Percepção  
292.81 Delirium Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.82 Demência Persistente Induzida por Outra(ou Desconhecida) Substância  
292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
.11 Com Delírios  
.12 Com Alucinações  
292.84 Transtorno do Humor Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.89 Disfunção Sexual Induzida por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.89 Transtorno do Sono Induzido por Outra (ou Desconhecida) Substância  
292.9 Transtorno Relacionado a Outra (ou Desconhecida) Substância NE

## Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

295.xx Esquizofrenia  
A seguinte Classificação do Curso Longitudinal se aplica a todos os subtipos de Esquizofrenia:  
Episódica com Sintomas Residuais Interepisódicos  
(Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes) / Episódica com Nenhum Sintoma Residual Interepisódico  
Contínua  
(Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes)  
Episódio Único em Remissão Parcial  
(Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes)  
Episódio Único em Remissão Total  
Outra ou Padrão Não Especificado  
.30 Tipo Paranóide  
.10 Tipo Desorganizada

- .20 Tipo Catatônica
- .90 Tipo Indiferenciada
- .60 Tipo Residual
- 295.40 Transtorno Esquizofreniforme  
Especificar se: Características Sem Bom Prognóstico  
Características com Bom Prognóstico
- 295.70 Transtorno Esquizoafetivo  
Especificar se: Tipo Bipolar / Tipo Depressivo
- 297.1 Transtorno Delirante  
Especificar se: Tipo Erotomaníaco/ Tipo Grandioso / Tipo Ciumento/ Tipo Persecutório / Tipo Somático / Tipo Misto/ Tipo Não Especificado
- 298.8 Transtorno Psicótico Breve  
Especificar se: Com Estressor(es)  
Sem Estressor(es)  
Com Manifestação Pós-Parto
- 297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)
- 293.xx Transtorno Psicótico Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- .81 Com Delírios
- .82 Com Alucinações
- Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias  
(refere-se a Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos de substâncias)  
Especificar se: Com Manifestação Durante a Intoxicação  
Com Manifestação Durante a Abstinência
- 289.9 Transtorno Psicótico NE

## Transtornos do Humor

Codificar o atual estado do Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Bipolar I em 5 pontos:

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severo Sem Características Psicóticas

4 = Severo Com Características Psicóticas

Especificar: Características Psicóticas de Humor Congruente/Características Psicóticas de Humor Incongruente

5 = Em Remissão Parcial

6 = Em Remissão Total

o = Não Especificado

As seguintes especificações se aplicam (para episódios atuais e mais recentes) em Transtornos do Humor, como segue:

aEspecificações de Severidade/Psicóticas/de Remissão

bCrônica

cCom Características Catatônicas

dCom Características Melancólicas

eCom Características Atípicas

fCom Manifestação Pós-Parto

As seguintes especificações se aplicam a Transtornos do Humor, como segue:

gCom ou Sem Recuperação Interepisódica Total

hCom Padrão Sazonal

iCom Ciclo Rápido

## Transtornos Depressivos

296-xx	Transtorno Depressivo Maior
.2X	Episódio Único a,b,c,d,e,f
.3X	Recorrente a,b,c,d,e,f,g,h
300.4	Transtorno Distímico
	Especificar se: Manifestação Precoce Manifestação Tardia
	Especificar: Com Características Atípicas
311	Transtorno Depressivo NE

## Transtornos Bipolares

296.xx	Transtorno Bipolar I
.0x	Episódio Maníaco Único a,c,f
	Especificar se: Misto
.40	Episódio Mais Recente - Hipomaníaco g,h,i
.4x	Episódio Mais Recente - Maníaco a,c,f,g,h,i
.6x	Episódio Mais Recente - Misto a,c,f,g,h,i
.5x	Episódio Mais Recente - Depressivo a,b,c,d,e,f,g,h,i
.7	Episódio Mais Recente - Não Especificado g,h,i
296.89	Transtorno Bipolar II a,b,c,d,e,f,g,h,i
	Especificar (episódio atual ou mais recente): Hipomaníaco / Depressivo
301.13	Transtorno Ciclotímico
296.80	Transtorno Bipolar NE
293.83	Transtorno do Humor Devido a ...
	[Indicar a Condição Clínica Geral]
	Especificar tipo: Com Características Depressivas
	Com Episódio Tipo Depressivo Maior
	Com Características Maníacas
	Com Características Mistas
----	Transtorno do Humor Induzido por Substâncias
	(refere-se a Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos de substâncias específicas)
	Especificar tipo: Com Características Depressivas
	Com Características Maníacas
	Com Características Mistas
	Especificar se: Com Manifestação Durante a Intoxicação
	Com Manifestação Durante a Abstinência
296.90	Transtorno do Humor NE

## Transtornos De Ansiedade

- 300.01 Transtorno do Pânico Sem Agorafobia
- 300.21 Transtorno do Pânico Com Agorafobia
- 300.22 Agorafobia Sem Histórico de Transtorno do Pânico
- 300.29 Fobia Específica  
Especificar tipo: Animal/Ambiente Natural/ Lesão ou Transfusão Sanguínea/  
Situacional/OutroTipo
- 300.23 Fobia Social  
Especificar se: Generalizada
- 300.3 Transtorno Compulsivo Obsessivo  
Especificar se: Com Baixa Autocrítica
- 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático  
Especificar se: Agudo / Crônico  
Especificar se: Com Início Tardio
- 308.3 Transtorno de Estresse Agudo
- 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizado
- 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]  
Especificar se: Com Ansiedade Generalizada  
Com Ataques de Pânico  
Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos
- Transtorno de Ansiedade Induzido por Substâncias  
(refere-se a Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos de substâncias  
específicas)  
Especificar se: Com Ansiedade Generalizada  
Com Ataques de Pânico  
Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos  
Com Sintomas Fóbicos  
Especificar se: Com Manifestação Durante a Intoxicação  
Com Manifestação Durante a Abstinência
- 300.00 Transtorno de Ansiedade NE

## Transtornos Somatoformes

- 300.81 Transtorno de Somatização
- 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado
- 300.11 Transtorno de Conversão  
Especificar tipo: Com Déficit ou Sintoma Motor  
Com Ataques ou Convulsões  
Com Apresentação Mista
- 307.xx Transtorno Doloroso
  - .80 Associado a Fatores Psicológicos
  - .89 Associado tanto a Fatores Psicológicos quanto à Condição Clínica Geral  
Especificar se: Agudo / Crônico
- 300.7 Hipocondria  
Especificar se: Com Baixa Autocrítica
- 300.7 Transtorno Dismórfico do Corpo
- 300.81 Transtorno Somatoforme NE

## Transtornos Factícios

- 300.xx Transtorno Factício
- .16 Com Sinais e Sintomas Psicológicos Predominantes
- .19 Com Sinais e Sintomas Físicos Predominantes
- .19 Com Sinais e Sintomas Físicos e Psicológicos Combinados
- 300.19 Transtorno Factício NE

## **Transtornos Dissociativos**

- 300.12 Amnésia Dissociativa
- 300.13 Fuga Dissociativa
- 300.14 Transtorno de Identidade Dissociativa
- 300.6 Transtorno da Despersonalização
- 300.15 Transtorno Dissociativo NE

## **Transtornos de Identidade Sexual e Gênero**

### **Disfunções Sexuais**

As seguintes especificações se aplicam a todas as Disfunções Sexuais primárias:  
Tipo Durante Toda a Vida / Tipo Adquirida / Tipo Generalizada / Tipo Situacional  
Devido a Fatores Psicológicos / Devido a Fatores Combinados

### **Transtornos do Desejo Sexual**

- 302.71 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo
- 302.79 Transtorno da Aversão Sexual

### **Transtornos do Desejo Sexual**

- 302.72 Transtorno do Desejo Sexual Feminino
- 302.72 Transtorno Erétil Masculino

### **Transtornos Orgásmicos**

- 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino
- 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino
- 302.75 Ejaculação Precoce

### **Transtornos de Dor Sexual**

- 302.76 Dispareunia (Não Devido à Condição Clínica Geral)
- 306.51 Vaginismo (Não Devido à Condição Clínica Geral)

### **Disfunção Sexual Devido À Condição Clínica Geral**

- 625.8 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo Feminino Devido a...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 608.89 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo Masculino Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 625.0 Dispareunia Feminina Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 608.89 Dispareunia Masculina Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- 608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- Disfunção Sexual Induzida por Substância  
(refere-se a Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos de substâncias)  
Especificar se: Com Diminuição do Desejo  
Com Diminuição da Excitação  
Com Diminuição do Orgasmo  
Com Dor Sexual  
Especificar se: Com Manifestação Durante a Intoxicação
- 302.70 Disfunção Sexual NE

## Parafilias

- 302.4 Exibicionismo
- 302.81 Fetichismo
- 302.89 Frotteurismo
- 302.2 Pedofilia  
Especificar se: Atraído Sexualmente por Homens  
Atraído Sexualmente por Mulheres  
Atraído Sexualmente por Ambos  
Especificar se: Limitado ao Incesto  
Especificar tipo: Exclusivo / Não Exclusivo
- 302.83 Masoquismo Sexual
- 302.84 Sadismo Sexual
- 302.3 Fetichismo Transvéstico  
Especificar se: Com Disforia de Gênero
- 302.82 Voyeurismo
- 302.9 Parafilia NE

## Transtornos da Identidade Sexual

- 302.xx Transtorno da Identidade Sexual
- .6 Em Crianças
- .85 Em Adolescentes ou Adultos  
Especificar se: Atraídos Sexualmente por Homens  
Atraídos Sexualmente por Mulheres  
Atraídos Sexualmente por Ambos  
Ausência de Atração por Ambos os Sexos
- 302.6 Transtorno da Identidade Sexual NE
- 302.9 Transtorno Sexual NE

## Transtornos da Alimentação



- 307.1 Anorexia Nervosa  
Especificar tipo: Restritiva / Compulsiva/ Purgativa
- 307.51 Bulimia Nervosa  
Especificar tipo: Purgativa / Não Purgativa
- 307.50 Transtorno da Alimentação NE

## Transtornos do Sono

### Transtornos Primários do Sono

#### Dissonias

- 307.42 Insônia Primária
- 307.44 Hipersonia Primária  
Especificar se: Recorrente
- 347 Narcolepsia
- 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração
- 307.45 Transtorno do Sono de Ritmo Circadiano  
Especificar tipo: Demora em Pegar no Sono/Sono Rápido/ Trabalho por Turno  
Tipo Não Especificado
- 307.47 Dissonia NE

#### Parassonia

- 307.47 Pesadelo
- 307.46 Pavor de Dormir
- 307.46 Sonambulismo
- 307.47 Parassonia NE

### Transtornos do Sono Relativos A Outro Transtorno Mental

- 307.42 Insônia Relacionada a ...  
[Indicar o Transtorno do Eixo I ou do Eixo II]
- 307.43 Hipersonia Relacionada a ...  
[Indicara Transtorno do Eixo I ou Eixo II]

### Outros Transtornos do Sono

- 780.xx Transtorno do Sono Devido a ...  
[Indicar a Condição Clínica Geral]
- .52 Tipo Insônia
- .54 Tipo Hipersonia
- .59 Tipo Parassonia
- .59 Tipo Combinado
- Transtorno do Sono Induzido por Substância  
(refere-se a Transtornos Relativos a Substâncias para códigos específicos de substância)  
Tipo específico: Insônia / Hipersonia Parassonia / Tipo Combinado  
Especificar se: Com Manifestação Durante a Intoxicação  
Com Manifestação Durante a Abstinência

## Transtornos de Controle dos Impulsos Não Classificados

312.34	Transtorno Explosivo Intermitente
312.32	Cleptomania
312.33	Piromania
312.31	Jogo Patológico
312.39	Tricotilomania
312.30	Transtorno de Controle dos Impulsos NE

## Transtornos de Ajustamento

309.XX	Transtorno de Ajustamento
.0	Com Humor Deprimido
.24	Com Ansiedade
.28	Combinado com Ansiedade e Humor Deprimido
.3	Com Alteração de Conduta
.4	Combinado com Alteração das Emoções e de Conduta
.9	Não Especificado

Especificar se: Agudo / Crônico

## Transtornos de Personalidade

Nota: codificados no eixo ii.

310.0	Transtorno da Personalidade Paranóica
301.20	Transtorno da Personalidade Esquizóide
301.22	Transtorno da Personalidade Esquizotípica
301.7	Transtorno da Personalidade Anti-Social
301.83	Transtorno da Personalidade Borderline
301.50	Transtorno da Personalidade Histriônica
301.81	Transtorno da Personalidade Narcisista
301.82	Transtorno da Personalidade Esquiva
301.6	Transtorno da Personalidade Dependente
301.4	Transtorno da Personalidade Obsessiva-Compulsiva
301.9	Transtorno de Personalidade NE

## Outras Condições Que Podem Representar Foco de Atenção Clínica

Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Clínica

316	...[Fator Psicológico Especificado] Afetando... [Indicar a Condição Clínica Geral] Escolha o nome baseando-se na natureza dos fatores: Transtorno Mental Afetando a Condição Clínica Sintomas Psicológicos Afetando a Condição Clínica Traços de Personalidade ou Forma de Manejo Afetando a Condição Clínica Comportamento de Saúde Mal-Adaptativos Afetando a Condição Clínica Resposta Fisiológica Relacionada ao Estresse Afetando a Condição Clínica Outros Fatores Não Especificados Afetando a Condição Clínica
-----	--

## **Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamento**

- 332.1      Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos
- 333.92     Síndrome Maligna Neuroléptica
- 333.7      Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos
- 333.99     Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos
- 333.82     Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos
- 333.1      Tremor Postural Induzido por Medicamentos
- 333.9      Transtorno do Movimento Induzido por Medicamentos NE

## **Outros Transtornos Induzidos por Medicamentos**

- 995.2      Efeitos Adversos de Medicamento NE

## **Problemas nas Relações**

- V61.9      Problema nas Relações Relativo a Transtorno Mental ou Condição Clínica Geral
- V61.20     Problema na Relação Pai-Filho
- V61.1      Problema na Relação Com Parceiro
- V61.8      Problema na Relação Entre Irmãos
- V62.81     Problema nas Relações NE

## **Problemas Relacionados a Abuso ou Negligência**

- V61.21     Abuso Físico da Criança  
(Código 995.5 se o foco de atenção for a vítima)
- V61.21     Abuso Sexual da Criança  
(Código 995.5 se o foco de atenção for a vítima)
- V61.21     Negligência da Criança  
(Código 995.5 se o foco de atenção for a vítima)
- V61.1      Abuso Físico do Adulto  
(Código 995.81 se o foco de atenção for a vítima)
- V61.1      Abuso Sexual do Adulto  
(Código 995.81 se o foco de atenção for a vítima)

## **Condições Adicionais que Podem ser Foco de Atenção Clínica**

- V15.81     Não Aderência ao Tratamento
- V65.2      Simular Doença
- V71.01     Comportamento Anti-Social do Adulto
- V71.02     Comportamento Anti-Social da Criança ou do Adolescente
- V62.89     Funcionamento Intelectual Borderline  
**Nota:** Codificado no Eixo II.
- 780.9      Declínio Cognitivo Relativo à Idade
- V62.82     Luto
- V62.3      Problema Acadêmico
- V62.2      Problema Ocupacional
- 313.82     Problema de Identidade
- V62.89     Problema Religioso ou Espiritual
- V62.4      Problema de Aculturação

V62.89 Problema de Fase da Vida

### **Códigos Adicionais**

300.9 Transtorno Mental Não Especificado (não psicótico)  
V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I  
799.9 Diagnóstico ou Condição Submetido ao Eixo I  
V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II  
799.9 Diagnóstico Submetido ao Eixo II

### **Sistema Multiaxial**

Eixo I Transtornos Clínicos  
Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica  
Eixo II Transtornos de Personalidade  
Retardamento Mental  
Eixo III Condições Clínicas Gerais  
Eixo IV Problemas Psicossociais e de Ambiente  
Eixo V Avaliação Global do Funcionamento

## Retardo Mental

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Retardo Mental é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Critério A), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (Critério B). O início deve ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). O Retardo Mental possui muitas etiologias diferentes e pode ser visto como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso central. O funcionamento intelectual geral é definido pelo quociente de inteligência (QI ou equivalente) obtido mediante avaliação com um ou mais testes de inteligência padronizados de administração individual (por ex., Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças — Revisada, Stanford-Binet, Bateria Kaufman de Avaliação para Crianças). Um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média é definido como um QI de cerca de 70 ou menos (aproximadamente 2 desvios-padrão abaixo da média). Cabe notar que existe um erro de medição de aproximadamente 5 pontos na avaliação do QI, embora este possa variar de instrumento para instrumento (por ex., um QI de 70 na escala Wechsler é considerado como representando uma faixa de 65-75). Portanto, é possível diagnosticar o Retardo Mental em indivíduos com QIs entre 70 e 75, que exibem déficits significativos no comportamento adaptativo. Inversamente, o Retardo Mental não deve ser diagnosticado em um indivíduo com um QI inferior a 70, se não existirem déficits ou prejuízos significativos no funcionamento adaptativo. A escolha dos instrumentos de testagem e a interpretação dos resultados devem levar em conta fatores capazes de limitar o desempenho no teste (por ex., a bagagem sócio-cultural do indivíduo, língua materna e deficiências comunicativas, motoras e sensoriais associadas). Caso haja uma dispersão significativa nos escores dos subtestes, o perfil de capacidades e deficiências, ao invés dos resultados matemáticos do QI de escala plena, refletirá com maior acuidade as capacidades de aprendizagem do indivíduo. Quando existe uma discrepância acentuada entre os escores verbal e de desempenho, fazer a média para extrair um escore de QI de escala plena pode levar a incorreções. Prejuízos no funcionamento adaptativo, em vez de um baixo QI, geralmente são os sintomas visíveis no indivíduo com Retardo Mental. O funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário específicos. O funcionamento adaptativo pode ser influenciado por vários fatores, incluindo educação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais e transtornos mentais e condições médicas gerais que podem coexistir com o Retardo Mental. Os problemas na adaptação habitualmente estão mais propensos a apresentar melhora com esforços terapêuticos do que o QI cognitivo, que tende a permanecer como um atributo mais estável.[40] Em geral é útil obter evidências dos déficits no funcionamento adaptativo a partir de uma ou mais fontes independentes confiáveis (por ex., avaliação do professor e história médica, educacional e evolutiva). Diversas escalas foram criadas para medir o funcionamento ou comportamento adaptativo (por ex., Escalas de

Comportamento Adaptativo de Vineland e Escala de Comportamento Adaptativo para o Retardo Mental da Associação Psiquiátrica Americana). Essas escalas em geral oferecem um escore clínico abreviado, que é um composto do desempenho em diversos domínios de habilidades adaptativas. Cabe notar que os escores para certos domínios específicos podem variar consideravelmente, em termos de confiabilidade. Na avaliação do funcionamento intelectual, deve-se considerar a adequação do instrumento à bagagem sócio-cultural, educação, deficiências associadas, motivação e cooperação do indivíduo. Por exemplo, a presença de deficiências significativas invalida muitas normas da escala adaptativa. Além disso, comportamentos que normalmente seriam considerados mal-adaptativos (por ex., dependência, passividade) podem evidenciar boa adaptação no contexto vital de determinado indivíduo (por ex., em alguns contextos institucionais).

### Níveis de Gravidade do Retardo Mental

Quatro níveis de gravidade podem ser especificados, refletindo o atual nível de prejuízo intelectual:

Leve, Moderado, Severo e Profundo.

F70.9 - 317 Retardo Mental Leve Nível de QI 50-55 a aproximadamente 70

F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado Nível de QI 35-40 a 50-55

F72.9 - 318.1 Retardo Mental Severo Nível de QI 20-25 a 35-40

F73.9 - 318.2 Retardo Mental Profundo Nível de QI abaixo de 20 ou 25

F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada, pode ser usado quando existe uma forte suposição de Retardo Mental, mas a inteligência da pessoa não pode ser testada por métodos convencionais (por ex., em indivíduos com demasiado prejuízo ou não-cooperativos, ou em bebês).

### **F79.9 - 317 Retardo Mental Leve**

O Retardo Mental Leve equivale, basicamente, ao que costumava ser chamado de categoria pedagógica dos "educáveis". Este grupo constitui o maior segmento (cerca de 85%) dos indivíduos com o transtorno. Em seu conjunto os indivíduos com este nível de Retardo Mental tipicamente desenvolvem habilidades sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares (dos 0 aos 5 anos), têm mínimo prejuízo nas áreas sensório-motoras e com frequência não são facilmente diferenciados de crianças sem Retardo Mental até uma idade mais tardia. Ao final da adolescência, podem atingir habilidades acadêmicas equivalentes aproximadamente à sexta série escolar. Durante a idade adulta, geralmente adquirem habilidades sociais e profissionais adequadas para um custeio mínimo das próprias despesas, mas podem precisar de

supervisão, orientação e assistência, especialmente quando sob estresse social ou econômico incomum. Com apoios apropriados, os indivíduos com Retardo Mental Leve habitualmente podem viver sem problemas na comunidade, de modo independente ou em contextos supervisionados.

### **F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado**

O Retardo Mental Moderado equivale, basicamente, ao que costumava ser chamado de categoria dos "treináveis", em termos pedagógicos. Este termo ultrapassado não mais deve ser usado, pois implica, erroneamente, que as pessoas com Retardo Mental Moderado não podem beneficiar-se de programas educacionais. Este grupo constitui cerca de 10% de toda a população de indivíduos com Retardo Mental. A maioria dos indivíduos com este nível de Retardo Mental adquire habilidades de comunicação durante os primeiros anos da infância. Eles beneficiam-se de treinamento profissional e, com moderada supervisão, podem cuidar de si mesmos. Eles também podem beneficiar-se do treinamento em habilidades sociais e ocupacionais, mas provavelmente não progredirão além do nível de segunda série em temas acadêmicos. Estas pessoas podem aprender a viajar independentemente, em locais que lhes sejam familiares. Durante a adolescência, suas dificuldades no reconhecimento de convenções sociais podem interferir no relacionamento com seus pares. Na idade adulta, a maioria é capaz de executar trabalhos não qualificados ou semiquualificados sob supervisão, em oficinas protegidas ou no mercado de trabalho geral, e adaptam-se bem à vida na comunidade, geralmente em contextos supervisionados.

### **F72.9 - 318.1 Retardo Mental Severo**

O grupo com Retardo Mental Severo constitui 3-4% dos indivíduos com Retardo Mental. Durante os primeiros anos da infância, estes indivíduos adquirem pouca ou nenhuma fala comunicativa. Durante o período da idade escolar, podem aprender a falar e ser treinados em habilidades elementares de higiene, mas se beneficiam apenas em um grau limitado da instrução em matérias pré-escolares, tais como familiaridade com o alfabeto e contagem simples, embora possam dominar habilidades tais como reconhecimento visual de algumas palavras fundamentais à "sobrevivência". Na idade adulta, podem ser capazes de executar tarefas simples sob estreita supervisão. A maioria adapta-se bem à vida em comunidade, em pensões ou com suas famílias, a menos que tenham uma deficiência associada que exija cuidados especializados de enfermagem ou outra espécie de atenção.

### **73.9 - 318.2 Retardo Mental Profundo**

O grupo com Retardo Mental Profundo constitui aproximadamente 1-2% dos indivíduos com Retardo Mental. A maioria dos indivíduos com este diagnóstico tem

uma condição neurológica identificada como responsável por seu Retardo Mental. Durante os primeiros anos da infância, apresentam prejuízos consideráveis no funcionamento sensório-motor. Um desenvolvimento mais favorável pode ocorrer em um ambiente altamente estruturado, com constante auxílio e supervisão e no relacionamento individualizado com alguém responsável por seus cuidados. O desenvolvimento motor e as habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado. Alguns desses indivíduos conseguem executar tarefas simples, em contextos abrigados e estritamente supervisionados.

### **F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

O diagnóstico de Retardo Mental, Gravidade Inespecificada, aplica-se quando existe uma forte suposição de Retardo Mental, mas o indivíduo não pode ser adequadamente testado pelos instrumentos habituais de medição da inteligência. Isto pode ocorrer no caso de crianças, adolescentes ou adultos que apresentam demasiado prejuízo ou falta de cooperação para serem testados, ou com bebês, quando existe um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, mas os testes disponíveis (por ex., Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil, Escalas Cattell de Inteligência para Crianças e outros) não fornecem valores de QI. Em geral, quanto menor a idade, mais difícil é a avaliação da presença de Retardo Mental, exceto nos casos com prejuízo profundo.

#### Procedimentos de Registro

O código de diagnóstico específico para o Retardo Mental é selecionado com base no nível de gravidade, como indicado antes, e codificado no Eixo II. Se o Retardo Mental está associado com um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Autista), o transtorno mental adicional é codificado no Eixo I. Se o Retardo Mental está associado com uma condição médica geral (por ex., síndrome de Down), esta é codificada no Eixo III.

#### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Não existem aspectos específicos de personalidade e de comportamento associados unicamente com o Retardo Mental. Alguns indivíduos com Retardo Mental são passivos, plácidos e dependentes, enquanto outros podem ser agressivos e impulsivos. A falta de habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos e agressivos, que substituem a linguagem comunicativa. Algumas condições médicas gerais associadas com Retardo Mental se caracterizam por certos sintomas comportamentais (por ex., o comportamento auto-agressivo intratável associado com síndrome de Lesch-



Nyhan). Os indivíduos com Retardo Mental podem mostrar-se vulneráveis à exploração por outros (por ex., sendo física e sexualmente abusados) ou ter negados seus direitos e oportunidades. Os indivíduos com Retardo Mental têm uma prevalência de transtornos mentais comórbidos estimada em três a quatro vezes aquela da população geral. Em alguns casos, este pode ser o resultado de uma etiologia compartilhada, comum ao Retardo Mental e ao transtorno mental associado (por ex., traumatismo craniano pode resultar em Retardo Mental e em Alteração de Personalidade Devido a Traumatismo Craniano). Todos os tipos de transtornos mentais podem ser vistos, e não existem evidências de que a natureza de determinado transtorno mental seja diferente em indivíduos com a condição. O diagnóstico de transtornos mentais comórbidos, entretanto, é complicado pela possibilidade de a apresentação clínica ser modificada pela gravidade do Retardo Mental e por deficiências associadas. Os déficits nas habilidades de comunicação podem resultar em incapacidade de oferecer uma história adequada (por ex., o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior em um adulto não-verbal com Retardo Mental em geral baseia-se primariamente em manifestações tais como humor depressivo, irritabilidade, anorexia ou insônia, observados por outros). Com maior frequência do que ocorre com indivíduos sem Retardo Mental, pode ser difícil optar por um diagnóstico específico e, nesses casos, pode-se usar a categoria apropriada de Sem Outra Especificação (por ex., Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação). Os transtornos mentais associados mais comuns são Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtornos do Humor, Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, Transtorno de Movimento Estereotipado e Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (por ex., Demência Devido a Traumatismo Craniano). Os indivíduos com Retardo Mental Devido à síndrome de Down podem estar em maior risco para o desenvolvimento de Demência do Tipo Alzheimer. As alterações patológicas do cérebro associadas com este transtorno geralmente desenvolvem-se à época em que esses indivíduos estão na casa dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência sejam evidentes apenas mais tarde.

### Fatores predisponentes

Os fatores etiológicos podem ser primariamente biológicos ou primariamente psicossociais, ou alguma combinação de ambos. Em aproximadamente 30-40% dos indivíduos vistos em contextos clínicos, não é possível determinar qualquer etiologia para o Retardo Mental, apesar de extensos esforços de avaliação. Os principais fatores predisponentes incluem: Hereditariedade (aproximadamente 5%). Este fator inclui erros inatos do metabolismo, herdados, em sua maior parte, através de mecanismos autossômicos recessivos (por ex., doença de Tay-Sachs), outras anormalidades em gene único com herança mendeliana e expressão variável (por ex., esclerose tuberosa) e aberrações cromossômicas (por ex., síndrome de Down por translocação, síndrome do X frágil).

Alterações precoces do desenvolvimento embrionário (aproximadamente 30%). Estes fatores incluem alterações cromossômicas (por ex., síndrome de Down devido à trissomia 21) ou dano pré-natal causado por toxinas (por ex., consumo materno de álcool, infecções).

Problemas da gravidez e perinatais (aproximadamente 10%). Estes fatores incluem desnutrição fetal, prematuridade, hipóxia, infecções virais e outras e trauma.

Condições médicas gerais adquiridas no início da infância (aproximadamente 5%). Estes fatores incluem infecções, traumas e envenenamento (por ex., devido ao chumbo).

Influências ambientais e outros transtornos mentais (aproximadamente 15-20%). Estes fatores incluem privação de afeto e cuidados, bem como de estimulação social, lingüística e outras, e transtornos mentais severos (por ex., Transtorno Autista).

Achados laboratoriais associados.

À exceção dos resultados dos testes psicológicos e do comportamento adaptativo, necessários para o diagnóstico de Retardo Mental, não existem achados laboratoriais associados unicamente a ele. Os achados laboratoriais diagnósticos podem estar associados com uma condição médica geral específica concomitante (por ex., achados cromossômicos em várias condições genéticas, fenilalanina sanguínea elevada na fenilcetonúria ou anomalias no sistema nervoso central). Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Não existem aspectos físicos específicos associados com o Retardo Mental. Quando ele faz parte de uma síndrome específica, os aspectos clínicos desta estarão presentes (por ex., as características físicas da síndrome de Down). Quanto mais grave o Retardo Mental (especialmente quando severo ou profundo), maior a probabilidade de condições neurológicas (por ex., convulsões), neuromusculares, visuais, auditivas, cardiovasculares e outras.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O profissional deve ter o cuidado de assegurar-se de que os procedimentos de testagem intelectual refletem uma atenção adequada à bagagem étnica ou cultural do indivíduo. Isto geralmente é conseguido mediante o uso de testes nos quais as características relevantes do indivíduo são representadas na amostra de standardização do teste, ou pelo emprego de um examinador familiarizado com aspectos da bagagem étnica ou cultural do indivíduo. A testagem individualizada é sempre necessária para o diagnóstico de Retardo Mental. A prevalência de Retardo Mental devido a fatores biológicos conhecidos é similar entre crianças de classes sócio-econômicas superiores e inferiores, exceto pelo fato de certos fatores etiológicos estarem ligados à situação sócio-econômica mais baixa (por ex., envenenamento por chumbo e partos prematuros). Em casos nos quais não é possível identificar qualquer causa biológica específica, as classes sócio-econômicas inferiores são super-representadas, e o Retardo Mental geralmente é mais leve, embora todos os níveis de gravidade estejam representados. Considerações evolutivas devem ser pesadas na avaliação do prejuízo nas habilidades adaptativas, uma vez que certas áreas de habilidades são menos relevantes em diferentes idades (por ex., uso de recursos comunitários ou emprego, em

crianças em idade escolar). O Retardo Mental é mais comum no sexo masculino, com uma razão de aproximadamente 1,5:1.

## Prevalência

A taxa de prevalência do Retardo Mental é de aproximadamente 1%, conforme estimativas. Entretanto, diferentes estudos relataram diferentes taxas, dependendo das definições usadas, dos métodos de determinação da população estudada.

## Curso

O diagnóstico de Retardo Mental exige que o início do transtorno ocorra antes dos 18 anos. A idade e o modo de início dependem da etiologia e gravidade do Retardo Mental. O retardo mais severo, especialmente quando associado a uma síndrome com fenótipo característico, tende a ser precocemente identificado (por ex., a síndrome de Down geralmente é diagnosticada ao nascer). Em comparação, o Retardo Mental Leve de origem desconhecida em geral é percebido mais tarde. No Retardo Mental mais severo resultante de uma causa adquirida, o prejuízo intelectual desenvolve-se mais abruptamente (por ex., retardo após encefalite). O curso do Retardo Mental é influenciado pelo curso das condições médicas gerais subjacentes e por fatores ambientais (por ex., oportunidades educacionais e outras, estimulação ambiental e adequação do manejo). Se uma condição médica geral subjacente é estática, o curso tende a ser mais variável e dependente dos fatores ambientais. O Retardo Mental não é necessariamente um transtorno vitalício. Indivíduos que tiveram Retardo Mental Leve em um momento anterior de suas vidas, manifestado por fracasso em tarefas de aprendizagem escolar, desenvolvem, com treinamento e oportunidades apropriadas, boas habilidades adaptativas em outros domínios, podendo não mais apresentar o nível de prejuízo necessário para um diagnóstico de Retardo Mental.

## Padrão Familiar

Em virtude de sua etiologia heterogênea, nenhum padrão familiar aplica-se ao Retardo Mental como categoria geral. A transmissão genética do Retardo Mental é discutida em "Fatores Predisponentes".

## Diagnóstico Diferencial

**Diagnóstico Diferencial** Os critérios diagnósticos para o Retardo Mental não incluem um critério de exclusão; portanto, o diagnóstico deve ser feito sempre que são satisfeitos os critérios diagnósticos, independentemente da presença de um outro transtorno. Nos Transtornos da Aprendizagem ou Transtornos da Comunicação (não

associados com Retardo Mental), o desenvolvimento em uma área específica (por ex., leitura, linguagem expressiva) está prejudicado, mas não existe um prejuízo generalizado no desenvolvimento intelectual e funcionamento adaptativo. Um Transtorno da Aprendizagem ou um Transtorno da Comunicação pode ser diagnosticado em um indivíduo com Retardo Mental se o déficit específico for desproporcional à gravidade do Retardo Mental. Nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento existe um prejuízo qualitativo no desenvolvimento da interação social recíproca e no desenvolvimento de habilidades de comunicação social verbal e não-verbal. O Retardo Mental frequentemente acompanha os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (75-80% dos indivíduos com um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento também têm Retardo Mental). Alguns casos de Retardo Mental iniciam após um período de funcionamento normal, podendo qualificar-se para o diagnóstico adicional de demência. Um diagnóstico de demência exige que o prejuízo de memória e outros déficits cognitivos representem um declínio significativo a partir de um nível anteriormente superior de funcionamento. Uma vez que pode ser difícil determinar o nível anterior de funcionamento em crianças muito pequenas, o diagnóstico de demência pode não ser apropriado até que a criança esteja com 4 a 6 anos de idade. Em indivíduos com menos de 18 anos, o diagnóstico de demência em geral é feito apenas quando a condição não é caracterizada satisfatoriamente apenas pelo diagnóstico de Retardo Mental. A expressão Funcionamento Intelectual Borderline descreve uma faixa de QI superior à do Retardo Mental (geralmente 71-84). Como discutido anteriormente, um escore de QI pode envolver um erro de medição de aproximadamente 5 pontos, dependendo do instrumento de testagem. Portanto, é possível diagnosticar Retardo Mental em indivíduos com escores de QI entre 71 e 75, desde que eles apresentem déficits significativos no comportamento adaptativo que satisfaçam os critérios para Retardo Mental. A diferenciação entre Retardo Mental Leve e Funcionamento Intelectual Borderline exige criteriosa consideração de todas as informações disponíveis.

**Relacionamento com Outras Classificações de Retardo Mental**

O sistema de classificação da Associação de Retardo Mental Americana (AAMR) inclui os mesmos três critérios (isto é, funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, limitações nas habilidades adaptativas e início antes dos 18 anos). Na classificação da AAMR, o critério "funcionamento intelectual significativamente abaixo da média" refere-se a um escore padronizado igual ou inferior a 70-75 (levando em conta o potencial erro de medição de mais ou menos 5 pontos no teste de QI). Além disso, o DSM-IV especifica níveis de gravidade, enquanto o sistema de classificação de 1992 da AAMR especifica "Padrões e Intensidade dos Apoios Necessários" (a saber, "Intermitente, Limitado, Extensivo e Global"), que não são diretamente comparáveis aos níveis de gravidade do DSM-IV. A definição de deficiências do desenvolvimento na Lei Pública americana 95-602 (1978) não se limita ao Retardo Mental e baseia-se em critérios funcionais. Esta lei define a deficiência do desenvolvimento como uma incapacitação atribuível a um prejuízo mental ou físico manifestado antes dos 22 anos, que tende a continuar indefinidamente, resultando em limitação substancial em três ou mais áreas específicas do funcionamento e exigindo cuidados prolongados e específicos por toda a vida.

## Critérios Diagnósticos para Retardo Mental

A. Funcionamento intelectual significativamente inferior à média: um QI de aproximadamente 70 ou abaixo, em um teste de QI individualmente administrado (para bebês, um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente inferior à média).

B. Déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo atual (isto é, a efetividade da pessoa em atender aos padrões esperados para sua idade por seu grupo cultural) em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

C. Início anterior aos 18 anos.

Codificar com base no nível de gravidade refletindo nível de prejuízo intelectual:

- F70.9 - 317 Retardo Mental Leve Nível de QI de 50-55 a aproximadamente 70
- F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado Nível de QI de 35-40 a 50-55
- F72.9 - 318.1 Retardo Mental Severo Nível de QI de 20-25 a 35-40
- F73.9 - 318.2 Retardo Mental Profundo Nível de QI abaixo de 20 ou 25
- F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada: quando existe forte suposição de Retardo Mental, mas a inteligência da pessoa não pode ser testada por instrumentos padronizados.

## **Transtornos de Aprendizagem**

A seção sobre Transtornos da Aprendizagem inclui:

- 1 - Transtorno da Leitura,
- 2 - Transtorno da Matemática,
- 3 - Transtorno da Expressão Escrita e
- 4 - Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação.

### Características Diagnósticas

Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua

idade, escolarização e nível de inteligência. Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura, matemática ou escrita. Variados enfoques estatísticos podem ser usados para estabelecer que uma discrepância é significativa. Substancialmente abaixo da média em geral define uma discrepância de mais de 2 desvios-padrão entre rendimento e QI. Uma discrepância menor entre rendimento e QI (isto é, entre 1 e 2 desvios-padrão) ocasionalmente é usada, especialmente em casos onde o desempenho de um indivíduo em um teste de QI foi comprometido por um transtorno associado no processamento cognitivo, por um transtorno mental comórbido ou condição médica geral, ou pela bagagem étnica ou cultural do indivíduo. Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades de aprendizagem podem exceder aquelas habitualmente associadas com o déficit. Os Transtornos da Aprendizagem podem persistir até a idade adulta.

### Características e Transtornos Associados

Desmoralização, baixa auto-estima e déficits nas habilidades sociais podem estar associados com os transtornos da aprendizagem. A taxa de evasão escolar para crianças ou adolescentes com Transtornos da Aprendizagem é de aproximadamente 40% (cerca de 1,5 vezes a média). Os adultos com Transtornos da Aprendizagem podem ter dificuldades significativas no emprego ou no ajustamento social. Muitos indivíduos (10-25%) com Transtorno da Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico também têm Transtornos da Aprendizagem. Existem evidências de que atrasos no desenvolvimento da linguagem podem ocorrer em associação com os Transtornos da Aprendizagem (particularmente Transtorno da Leitura), embora esses atrasos possam não ser suficientemente severos para indicarem o diagnóstico adicional de Transtorno da Comunicação. Os Transtornos da Aprendizagem também podem estar associados com uma taxa superior de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação. Anormalidades subjacentes do processamento cognitivo (por ex., déficits na percepção visual, processos lingüísticos, atenção, memória ou uma combinação destes) frequentemente precedem ou estão associadas com os Transtornos da Aprendizagem. Os testes estandardizados para a medição desses processos em geral são menos confiáveis e válidos do que outros testes psicopedagógicos. Embora predisposição genética, danos perinatais e várias condições neurológicas ou outras condições médicas gerais possam estar associados com o desenvolvimento dos Transtornos da Aprendizagem, a presença dessas condições não o prediz, invariavelmente, e existem muitos indivíduos com Transtornos da Aprendizagem sem essa história. Esses transtornos, entretanto, frequentemente são encontrados em associação com uma variedade de condições médicas gerais (por ex., envenenamento por chumbo, síndrome alcoólica fetal ou síndrome do X frágil).

### Características Específicas à Cultura

O profissional deve assegurar-se de que os procedimentos de testagem da inteligência refletem uma atenção adequada à bagagem étnica ou cultural do indivíduo. Isto geralmente pode ser conseguido com o uso de testes nos quais as características relevantes do indivíduo são representadas na amostra de standardização do teste ou pelo emprego de um examinador familiarizado com aspectos da bagagem étnica ou cultural do indivíduo. A testagem individualizada sempre é necessária, para fazer o diagnóstico de Transtorno da Aprendizagem.

## Prevalência

Estimativas da prevalência dos Transtornos da Aprendizagem variam de 2 a 10%, dependendo da natureza da averiguação e das definições aplicadas. Um Transtorno da Aprendizagem é identificado em aproximadamente 5% dos estudantes de escolas públicas americanas.

## Diagnóstico Diferencial

Os Transtornos da Aprendizagem devem ser diferenciados das variações normais na realização acadêmica e das dificuldades escolares devido à falta de oportunidades, ensino fraco ou fatores culturais. A escolarização inadequada pode resultar em fraco desempenho em testes standardizados de rendimento escolar. Crianças de bagagens étnicas ou culturais diferentes daquelas dominantes na cultura da escola ou cuja língua materna não é a língua do país, bem como crianças que freqüentaram escolas com ensino inadequado, podem ter fraca pontuação nesses testes. As crianças com essas mesmas bagagens também podem estar em maior risco para faltas injustificadas à escola, em virtude de doenças mais freqüentes ou ambientes domésticos empobrecidos ou caóticos. Um prejuízo visual ou auditivo pode afetar a capacidade de aprendizagem e deve ser investigado, por meio de testes de triagem audiométrica ou visual. Um Transtorno da Aprendizagem pode ser diagnosticado na presença desses déficits sensoriais apenas quando as dificuldades de aprendizagem excedem aquelas habitualmente associadas aos mesmos. As condições médicas gerais ou neurológicas concomitantes devem ser codificadas no Eixo III. No Retardo Mental, as dificuldades de aprendizagem são proporcionais ao prejuízo geral no funcionamento intelectual. Entretanto, em alguns casos de Retardo Mental Leve, o nível de realização na leitura, matemática ou expressão escrita está significativamente abaixo dos níveis esperados, dadas a escolarização e a gravidade do Retardo Mental do indivíduo. Nesses casos, aplica-se o diagnóstico adicional de Transtorno da Aprendizagem. Um diagnóstico adicional de Transtorno da Aprendizagem deve ser feito no contexto de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento apenas quando o prejuízo escolar estiver significativamente abaixo dos níveis esperados, levando em conta o funcionamento intelectual e a escolarização do indivíduo. Em indivíduos com Transtornos da Comunicação, o funcionamento intelectual pode precisar ser avaliado por medições standardizadas da capacidade intelectual não-verbal. Em casos nos quais o rendimento escolar estiver significativamente abaixo desta medida de capacidade, aplica-se diagnóstico de Transtorno da Aprendizagem. O Transtorno da Matemática e o

Transtorno da Expressão Escrita ocorrem, com maior frequência, em combinação com o Transtorno da Leitura. Quando são satisfeitos os critérios para mais de um Transtorno da Aprendizagem, todos devem ser diagnosticados.

## **F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Leitura consiste em um rendimento da leitura (isto é, correção, velocidade ou compreensão da leitura, medidas por testes padronizados administrados individualmente) substancialmente inferior ao esperado para a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade do indivíduo (Critério A). A perturbação da leitura interfere significativamente no rendimento escolar ou em atividades da vida cotidiana que exigem habilidades de leitura (Critério B). Na presença de um déficit sensorial, as dificuldades de leitura excedem aquelas habitualmente a este associadas (Critério C). Caso estejam presentes uma condição neurológica, outra condição médica geral ou outro déficit sensorial, estes devem ser codificados no Eixo III. Em indivíduos com Transtorno da Leitura (também chamado "dislexia"), a leitura oral caracteriza-se por distorções, substituições ou omissões; tanto a leitura em voz alta quanto a silenciosa caracterizam-se por lentidão e erros na compreensão.

### Características e Transtornos Associados

Consultar a seção "Características e Transtornos Associados" referente aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 46-47). O Transtorno da Matemática e o Transtorno da Expressão Escrita em geral estão associados ao Transtorno da Leitura, sendo relativamente rara a apresentação de qualquer destes transtornos na ausência do Transtorno da Leitura.

### Características Específicas ao Gênero

Dos indivíduos diagnosticados com Transtorno da Leitura, 60 a 80% são do sexo masculino. Os procedimentos de encaminhamento podem com frequência apresentar a tendência à identificação de indivíduos do sexo masculino, uma vez que estes exibem, com maior frequência, os comportamentos disruptivos associados aos Transtornos da Aprendizagem. O transtorno ocorre em proporções mais equilibradas entre ambos os sexos quando se empregam cuidadosa determinação diagnóstica e critérios rígidos, ao invés dos procedimentos tradicionais de encaminhamento realizados por escolas.

### Prevalência



A prevalência do Transtorno da Leitura é difícil de estabelecer, pois muitos estudos se concentram na prevalência dos Transtornos da Aprendizagem, sem uma cuidadosa separação em transtornos específicos da Leitura, Matemática ou Expressão Escrita. O Transtorno da Leitura, sozinho ou em combinação com o Transtorno da Matemática ou Transtorno da Expressão Escrita, responde por aproximadamente quatro em cada cinco casos de Transtorno da Aprendizagem. A prevalência do Transtorno da Leitura nos Estados Unidos encontra-se em torno de 4% entre as crianças em idade escolar, conforme estimativas. Estatísticas inferiores da incidência e prevalência do Transtorno da Leitura podem ser encontradas em outros países nos quais são usados critérios mais rígidos.

## Curso

Embora os sintomas de dificuldade de leitura (por ex., incapacidade de distinguir entre letras comuns ou de associar fonemas comuns com as letras) possam ocorrer já na pré-escola, o Transtorno da Leitura raramente é diagnosticado antes do final desta ou no início da primeira série, já que a instrução formal da leitura geralmente não se inicia até este ponto na maioria dos contextos escolares. Particularmente quando o Transtorno da Leitura está associado com alto QI, a criança pode funcionar adequadamente ou quase tão bem quanto seus colegas durante os primeiros anos escolares, podendo o Transtorno da Leitura não se manifestar totalmente até a quarta série ou depois dela. Com a identificação e intervenção precoces, o prognóstico é bom em uma porcentagem significativa dos casos. O Transtorno da Leitura pode persistir até a idade adulta.

## Padrão Familiar

O Transtorno da Leitura apresenta agregação familiar, tendo maior prevalência entre parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtornos da Aprendizagem.

## Diagnóstico Diferencial

Consulte a seção "Diagnóstico Diferencial" relativa aos Transtornos da Aprendizagem.

## Critérios Diagnósticos para F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura

A. O rendimento da leitura, medido por testes padronizados, administrados individualmente, de correção ou compreensão da leitura, está acentuadamente abaixo

do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo.

B. A perturbação no Critério A interfere significativamente no rendimento escolar ou atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura.

C. Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades de leitura excedem aquelas geralmente a este associadas.

Nota para a codificação: Se uma condição médica geral (por ex., neurológica) estiver presente, codificá-la no Eixo III.

## **F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Matemática consiste em uma capacidade para a realização de operações aritméticas (medida por testes padronizados, individualmente administrados, de cálculo e raciocínio matemático) acentuadamente abaixo da esperada para a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade do indivíduo (Critério A). A perturbação na matemática interfere significativamente no rendimento escolar ou em atividades da vida diária que exigem habilidades matemáticas (Critério B). Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades na capacidade matemática excedem aquelas geralmente a este associadas (Critério C). Caso esteja presente uma condição neurológica, outra condição médica geral ou déficit sensorial, isto deve ser codificado no Eixo III. Diferentes habilidades podem estar prejudicadas no Transtorno da Matemática, incluindo habilidades "lingüísticas" (por ex., compreender ou nomear termos, operações ou conceitos matemáticos e transpor problemas escritos em símbolos matemáticos), habilidades "perceptuais" (por ex., reconhecer ou ler símbolos numéricos ou aritméticos e agrupar objetos em conjuntos), habilidades de "atenção" (por ex., copiar corretamente números ou cifras, lembrar de somar os números "levados" e observar sinais de operações) e habilidades "matemáticas" (por ex., seguir seqüências de etapas matemáticas, contar objetos e aprender tabuadas de multiplicação).

### Características e Transtornos Associados

Consultar a seção "Características e Transtornos Associados" referente aos Transtornos da Aprendizagem. O Transtorno da Matemática em geral é encontrado em combinação com o Transtorno da Leitura ou o Transtorno da Expressão Escrita.

### Prevalência

A prevalência do Transtorno da Matemática é difícil de estabelecer, uma vez que muitos estudos se concentram na prevalência dos Transtornos da Aprendizagem, sem o cuidado de separar transtornos específicos da Leitura, Matemática ou Expressão Escrita. A prevalência do Transtorno da Matemática isoladamente (isto é, quando não encontrado em associação com outros Transtornos da Aprendizagem) é estimada como sendo de aproximadamente um em cada cinco casos de Transtorno da Aprendizagem. Estima-se que 1% das crianças em idade escolar têm Transtorno da Matemática.

## Curso

Embora os sintomas de dificuldade na matemática (por ex., confusão para conceitos numéricos ou incapacidade de contar corretamente) possam aparecer já na pré-escola ou primeira série, o Transtorno da Matemática raramente é diagnosticado antes do final da primeira série, uma vez que ainda não ocorreu suficiente instrução formal em matemática até este ponto na maioria dos contextos escolares. O transtorno em geral torna-se visível durante a segunda ou terceira série. Particularmente quando o Transtorno da Matemática está associado com alto QI, a criança pode ser capaz de funcionar no mesmo nível ou quase no mesmo nível que seus colegas da mesma série, podendo o Transtorno da Matemática não ser percebido até a quinta série ou depois desta.

## Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" relativa aos Transtornos da Aprendizagem.

### Critérios Diagnósticos para F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática

A. A capacidade matemática, medida por testes padronizados, individualmente administrados, está acentuadamente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo.

B. A perturbação no Critério A interfere significativamente no rendimento escolar ou atividades da vida diária que exigem habilidades em matemática.

C. Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades na capacidade matemática excedem aquelas geralmente a este associadas.

Nota para a codificação: Caso esteja presente uma condição médica geral (por ex., neurológica) ou déficit sensorial, codificar no Eixo III.

## **F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

### Características Diagnósticas

A característica diagnóstica essencial do Transtorno da Expressão Escrita consiste de habilidades de escrita (medidas por um teste padronizado individualmente administrado ou avaliação funcional das habilidades de escrita) acentuadamente abaixo

do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo (Critério A). A perturbação na expressão escrita interfere significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária que exigem habilidades de escrita (Critério B). Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades nas habilidades de escrita excedem aquelas geralmente a este associadas (Critério C). Caso esteja presente uma condição neurológica, outra condição médica geral ou déficit sensorial, isto deve ser codificado no Eixo III. Geralmente existe uma combinação de dificuldades na capacidade do indivíduo de compor textos escritos, evidenciada por erros de gramática e pontuação dentro das frases, má organização dos parágrafos, múltiplos erros ortográficos e caligrafia excessivamente ruim. Este diagnóstico em geral não é dado quando existem apenas erros ortográficos ou fraca caligrafia, na ausência de outros prejuízos na expressão escrita. Em comparação com outros Transtornos da Aprendizagem, sabe-se relativamente menos acerca dos Transtornos da Expressão Escrita e sobre seu tratamento, particularmente quando ocorrem na ausência de Transtorno da Leitura. À exceção da ortografia, os testes padronizados nesta área são menos acuradamente desenvolvidos do que os testes de leitura ou capacidade matemática, podendo a avaliação do prejuízo nas habilidades escritas exigir uma comparação entre amostras amplas do trabalho escolar escrito do indivíduo e o desempenho esperado para sua idade e QI. Este é especialmente o caso de crianças pequenas, das séries escolares iniciais. Tarefas nas quais a criança é solicitada a copiar, escrever um ditado e escrever espontaneamente podem ser necessárias para o estabelecimento da presença e extensão deste transtorno.

## Características e Transtornos Associados

Consultar a seção "Características e Transtornos Associados" relativa aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 46-47). O Transtorno da Expressão Escrita em geral é encontrado em combinação com Transtorno da Leitura ou Transtorno da Matemática. Existem algumas evidências de que déficits de linguagem e percepto-motores podem acompanhar este transtorno.

## Prevalência

A prevalência do Transtorno da Expressão Escrita é difícil de estabelecer, uma vez que muitos estudos se concentram na prevalência dos Transtornos da Aprendizagem em geral, sem ter o cuidado de separar transtornos específicos da leitura, matemática ou expressão escrita. O Transtorno da Expressão Escrita é raro, quando não associado a outros Transtornos da Aprendizagem.

## Curso

Embora as dificuldades na escrita (por ex., caligrafia ou capacidade de copiar particularmente fracas ou incapacidade de recordar seqüências de letras em palavras comuns) possam aparecer já na primeira série escolar, o Transtorno da Expressão Escrita raramente é diagnosticado antes do final da mesma, uma vez que a instrução formal da escrita habitualmente ainda não ocorreu até este ponto na maioria dos contextos escolares. O transtorno em geral é visível na segunda série. O Transtorno da

Expressão Escrita ocasionalmente pode ser visto em crianças mais velhas ou em adultos, e pouco se sabe sobre seu prognóstico a longo prazo.

## Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" relativa aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 47-48). Um transtorno apenas de ortografia ou caligrafia, na ausência de outras dificuldades da expressão escrita, em geral não se presta a um diagnóstico de Transtorno da Expressão Escrita. Quando a má caligrafia se deve a um prejuízo na coordenação motora, cabe considerar um diagnóstico de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação.

### Critérios Diagnósticos para F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita

A. As habilidades de escrita, medidas por testes padronizados, individualmente administrados (ou avaliações funcionais das habilidades de escrita), estão acentuadamente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo.

B. A perturbação no Critério A interfere significativamente no rendimento escolar ou atividades da vida diária que exigem a composição de textos escritos (por ex., escrever frases gramaticalmente corretas e parágrafos organizados).

C. Em presença de Retardo Mental, o comportamento estereotipado ou autodestrutivo apresenta suficiente gravidade para tornar-se um foco de tratamento.

D. Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades nas habilidades de escrita excedem aquelas habitualmente a este associadas.

Nota para a codificação: Se uma condição médica geral (por ex., neurológica) ou déficit sensorial estiverem presentes, codificar no Eixo III.

### **F81.9 - 315.9 Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação**

Esta categoria envolve os transtornos da aprendizagem que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno da Aprendizagem específico, podendo incluir problemas em todas as três áreas (leitura, matemática, expressão escrita) que, juntos, interferem significativamente no rendimento escolar, embora o desempenho nos testes que medem cada habilidade isoladamente não esteja acentuadamente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo.

## **Transtorno de Coordenação Motora**

## Introdução

O objetivo deste livreto é ajudar os pais e professores não só a identificar como também lidar com crianças em idade escolar, que demonstrem problemas de movimento característicos do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC) ou, do inglês, Developmental Coordination Disorder (DCD)\*. Partindo de evidências de pesquisa, o objetivo é descrever as características comuns de crianças com dificuldades de coordenação motora; orientar para a procura de encaminhamento para o médico; descrever o papel do terapeuta ocupacional e outros profissionais que possam trabalhar com essas crianças, e sugerir modificações que podem melhorar sua capacidade funcional em casa, na sala de aula e na comunidade.

O manejo de crianças com TDC varia muito, visto que, enquanto algumas experimentam apenas dificuldades de coordenação, outras demonstram problemas de aprendizagem, fala/linguagem e atenção. Sendo assim, técnicas específicas, ou certas estratégias, podem ser mais apropriadas para uma criança do que para outra. Este livreto descreve algumas das técnicas e sugestões práticas mais comuns que podem ser usadas. O terapeuta ocupacional ou outro profissional pode querer enfatizar ou adicionar técnicas específicas, de forma a personalizar o livreto para uma criança/estudante em particular.

As autoras reconhecem, com gratidão, os vários pais, crianças, professores, colegas estudantes de terapia ocupacional e outros profissionais que, disponibilizando tempo pessoal, contribuíram com seu conhecimento e sabedoria para o desenvolvimento deste livreto. Este trabalho recebeu também suporte da Fundação Canadense de Terapia Ocupacional e fundos monetários do Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde, com o objetivo de facilitar a identificação precoce de crianças com TDC.

O que é Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação?

Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC) ocorre quando há atraso no desenvolvimento de habilidades motoras ou dificuldades para coordenar os movimentos, que resultam em incapacidade da criança para desempenhar as atividades diárias. O diagnóstico pode ser feito pelo médico, que vai se certificar de que: 1) os problemas de movimento não são devidos a qualquer outro transtorno físico, neurológico ou comportamental conhecidos; 2) se mais de um transtorno está presente. As características das crianças com TDC geralmente são notadas primeiro por aqueles mais chegados a elas, pois as dificuldades motoras interferem no desempenho acadêmico e/ou nas atividades de vida diária (ex.: vestir, habilidade para brincar no parquinho, escrita, atividades de educação física).

Acredita-se que o TDC afete 5% a 6% das crianças em idade escolar e tende a ocorrer mais frequentemente em meninos. O TDC pode ocorrer sozinho ou pode estar presente na criança que também tem distúrbio de aprendizagem, dificuldade de fala/linguagem e/ou transtorno do déficit de atenção. Neste livreto, as dificuldades motoras discutidas são aquelas mais frequentemente observadas em crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Como Ocorrem as Dificuldades de Coordenação?

Não há uma resposta simples para esta pergunta, pois as dificuldades de coordenação motora podem surgir por várias razões. Ainda que não tenhamos certeza daquilo que causa os problemas de coordenação motora, a pesquisa indica que a criança pode ter dificuldades em aprender a planejar, organizar, realizar e/ou modificar os próprios movimentos. Uma coisa da qual temos a certeza, é que a criança com TDC tem dificuldade para aprender novas habilidades motoras. Ela tem tendência em usar a visão mais que outros tipos de feedback para guiar os próprios movimentos e, por causa disso, suas habilidades motoras podem parecer com as de crianças mais jovens. Criança com TDC tem desempenho inconsistente de uma ocasião para a outra e por vezes desempenham repetidamente a mesma habilidade motora, mesmo quando não estão obtendo sucesso. A criança com TDC tipicamente depende de feedback e não tem capacidade para antecipar o resultado dos próprios movimentos. Como resultado, ela não reconhece facilmente os erros de movimento que comete; não aprende com os próprios erros, nem corrige seus movimentos.

As características descritas acima têm levado os pesquisadores a acreditar que as dificuldades de coordenação das crianças com TDC, podem estar não só em aprender como movimentar o corpo, mas também, em aprender como usar estratégias de resolução de problemas para solucionar questões motoras. Como as habilidades motoras não se tornam automáticas para estas crianças, elas têm que prestar mais atenção e se dedicar mais para completar atividades motoras, mesmo aquelas que já tinham sido aprendidas anteriormente. Crianças com TDC, muitas vezes, não reconhecem as similaridades de determinadas tarefas motoras e isto leva a dificuldades na transferência de aprendizagem de uma tarefa para outra (ex: agarrar uma bola grande e depois uma bola pequena).

Elas também têm dificuldade para generalizar a aprendizagem motora de uma situação para outra (ex: a criança ao aproximar do meio fio do passeio na rua tem que compreender que subir no passeio é semelhante a subir escadas). Ter que responder a situações em que o ambiente está em movimento (ex: quando agarra ou acerta uma bola em movimento, ou quando evitar trombar nos colegas em jogos de equipe) acrescenta um desafio extra para a criança com TDC, pois é difícil para ela monitorar a informação ambiental que vem na sua direção e fazer com que o próprio corpo responda no momento certo. O resultado de qualquer um desses problemas é o mesmo: a criança com TDC vai parecer incoordenada, desajeitada, e vai ter dificuldade para aprender e desempenhar tarefas motoras novas.

### Aspectos Característicos de Crianças com TDC

Quando descrevemos crianças com TDC, é importante reconhecer que elas formam um grupo muito variado. Algumas têm dificuldade em várias áreas, enquanto outras podem ter problemas apenas com certas atividades. Listamos abaixo algumas das características mais comuns que podem ser observadas na criança com TDC.

#### Características Físicas

1. A criança pode parecer desajeitada ou incoordenada em seus movimentos. Ela pode trombar, derramar ou derrubar coisas.

2. A criança pode ter dificuldade com habilidades motoras grossas (corpo inteiro), habilidades motoras finas (usando as mãos) ou ambas.
3. A criança pode ter atraso no desenvolvimento de certas habilidades motoras, tais como: andar de velocípede ou bicicleta, agarrar bola, saltar a corda, abotoar a roupa e atar os cordões aos sapatos.
4. A criança pode apresentar discrepância entre suas habilidades motoras e habilidades em outras áreas. Por exemplo, as habilidades intelectuais e de linguagem podem ser altas, enquanto as habilidades motoras atrasadas.
5. A criança pode ter dificuldade para aprender habilidades motoras novas. Uma vez aprendidas, certas habilidades motoras podem ser desempenhadas muito bem, enquanto outras podem continuar a ser desempenhadas de maneira pobre.
6. A criança pode ter mais dificuldade com atividades que requerem mudança constante na posição do corpo, ou quando ela tem que se adaptar a mudanças ao seu redor (ex.: futebol, beisebol, tênis).
7. A criança pode ter dificuldades com as atividades que requerem o uso coordenado dos dois lados do corpo (ex.: recortar com tesoura, cortar alimento usando faca e garfo, fazer polichinelo, segurar um bastão com duas mãos para acertar na bola, ou manejar o bastão de hockey).
8. A criança pode apresentar postura ou equilíbrio pobre, particularmente em atividades que requerem equilíbrio (ex.: subir escadas ou manter-se de pé enquanto se veste).

O mergulhão de pata azul (Blue-Footed Boobie-Bird) das ilhas Galápagos tem talento e personalidade – ele pode voar incrivelmente alto e mergulhar no oceano; ele pode até fazer uma dança muito engraçada. Apesar dessas vantagens, esse pássaro raro tem muitos problemas para pousar: ao fazê-lo, ele se embola em vários tombos. Nós selecionamos esse pássaro como mascote dos nossos materiais educativos sobre TDC para que esses materiais sejam fáceis de identificar e atrativos para compartilhar com crianças.

9. A criança pode ter dificuldade em escrever. Essa é uma atividade que envolve interpretação contínua da resposta dos movimentos da mão enquanto novos movimentos são planejados, o que é muito difícil para a maioria das crianças com TDC.

#### Características Emocionais/Comportamentais

1. A criança pode parecer desinteressada em certas atividades, ou as evita, especialmente aquelas que requerem resposta física. Para a criança com TDC, habilidades motoras são muito difíceis e requerem mais esforço. O cansaço e fracasso repetido podem fazer com que ela evite participar de tarefas motoras.
2. A criança pode demonstrar problemas emocionais secundários, como baixa tolerância à frustração, auto-estima diminuída e falta de motivação, devido aos



problemas para lidar com atividades corriqueiras, requeridas em todos os aspectos da vida.

3. A criança pode evitar socialização com os colegas, principalmente no parquinho. Algumas crianças procuram outras mais jovens para brincar, enquanto outras vão brincar sozinhas ou procuram o professor ou a pessoa responsável. Isso pode ser devido à baixa autoconfiança ou tendência a evitar atividades físicas.

4. A criança pode parecer insatisfeita com seu desempenho (ex.: apaga trabalho que escreveu, queixa-se do desempenho em atividades motoras, mostra-se frustrada com o produto do trabalho).

5. A criança pode se mostrar resistente a mudanças na sua rotina ou no ambiente. Se ela tem que fazer muito esforço para planejar a tarefa, depois, mesmo uma pequena mudança na forma de desempenhá-la pode representar um grande problema.

#### Outras Características Comuns

1. A criança pode ter dificuldade em balancear a necessidade de velocidade com a de exatidão. Por exemplo, a letra pode ser muito boa, mas a escrita é extremamente lenta.

2. A criança pode ter dificuldades acadêmicas em certas disciplinas como matemática, ditado ou redação, que requerem escrita correta e organizada na página.

3. A criança pode ter dificuldade com atividades de vida diária (ex.: vestir-se, usar faca e garfo, lavar os dentes, abotoar e manejar fechos de correr/zipper, organizar a mochila etc.).

4. A criança pode ter dificuldade para completar o trabalho dentro de um espaço de tempo normal. Uma vez que as tarefas requerem muito mais esforço, ela pode ficar mais inclinada à distração e tornar-se frustrada com uma tarefa rotineira.

5. A criança pode ter dificuldades, em geral, na organização de sua carteira/mesa, armário, dever de casa ou mesmo do espaço na página.

Se a criança mostrar qualquer uma das características acima e se esses problemas estão interferindo em sua habilidade de participar com sucesso em casa, na escola ou no parquinho, é importante que ela faça uma consulta ao médico da família ou ao pediatra. O médico pode, então, encaminhá-la para um outro profissional de saúde, no centro de tratamento mais próximo. Visto que a criança geralmente tem dificuldade com atividades de autocuidado e tarefas escolares, esse profissional de saúde muitas vezes será um terapeuta ocupacional.

Não é incomum que os pais ou professores sejam informados de que a criança vai superar esse distúrbio. Entretanto, estudos têm mostrado, de maneira bem conclusiva, que a maioria das crianças não supera esses problemas. Embora estas crianças possam aprender a fazer bem certas tarefas, vão continuar a ter dificuldade com tarefas novas, apropriadas para a idade. É importante reconhecer estas dificuldades motoras, pois crianças com TDC têm tendência a desenvolver problemas acadêmicos e de

comportamento, baixa auto-estima, depressão, ansiedade e apresentam alto risco para excesso de peso.

## **Transtornos da Comunicação**

Transtornos da comunicação - Transtornos da expressão e linguagem

Os seguintes Transtornos da Comunicação estão incluídos nesta seção:

- Transtorno da Linguagem Expressiva,
- Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva,
- Transtorno Fonológico, Tartamudez (Gagueira) e
- Transtorno da Comunicação Sem Outra Especificação.

Esses transtornos são incluídos nesta classificação para que os clínicos se familiarizem com as diversas apresentações dos Transtornos da Comunicação e para facilitar seu diagnóstico diferencial.

### **F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Linguagem Expressiva é um prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva, demonstrado por escores em medições padronizadas, individualmente administradas, do desenvolvimento da linguagem expressiva, acentuadamente abaixo dos escores obtidos de medições padronizadas da capacidade intelectual não-verbal e do desenvolvimento da linguagem receptiva (Critério A). As dificuldades podem ocorrer na comunicação que envolve a linguagem tanto verbal quanto de sinais. As dificuldades de linguagem interferem significativamente no desempenho escolar ou profissional ou na comunicação social (Critério B). Os sintomas não satisfazem os critérios para Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério C). Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas geralmente associadas a esses problemas (Critério D). Caso esteja presente um déficit motor da fala, déficit sensorial ou condição neurológica, isto é codificado no Eixo III. As características lingüísticas do transtorno variam de acordo com sua gravidade e a idade da criança. Essas características incluem uma fala de quantidade limitada, vocabulário restrito, dificuldade em adquirir novas palavras, erros na busca da palavra correta ou de vocabulário, frases abreviadas, estruturas gramaticais simplificadas, variedades limitadas de estruturas gramaticais (por ex., formas verbais), variedades limitadas de tipos de frases (por ex., imperativas, interrogativas), omissões de partes críticas das frases, uso de uma ordem inusitada das palavras e desenvolvimento lento da linguagem.

O funcionamento não-lingüístico (medido por testes de inteligência de execução) e as habilidades de compreensão da linguagem em geral estão dentro dos limites normais. O Transtorno da Linguagem Expressiva pode ser adquirido ou evolutivo. No tipo adquirido, um prejuízo na linguagem expressiva ocorre após um período de desenvolvimento normal, em consequência de uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite, traumatismo craniano, irradiação). No tipo evolutivo, existe um prejuízo na linguagem expressiva que não está associado com um agravo neurológico de origem conhecida. As crianças com esta espécie de prejuízo freqüentemente começam a falar tarde e atravessam mais lentamente do que o habitual os vários estágios do desenvolvimento da linguagem expressiva.

### Características e Transtornos Associados

A característica associada com maior freqüência ao Transtorno da Linguagem Expressiva em crianças pequenas é o Transtorno Fonológico. Também pode haver uma perturbação na fluência e formulação da linguagem, envolvendo uma fala anormalmente rápida e um ritmo errático e perturbações na estrutura da linguagem ("taquifemia"). Em casos de Transtorno da Linguagem Expressiva adquirido, dificuldades adicionais da fala também são comuns, podendo incluir problemas de articulação, erros fonológicos, fala lenta, repetição de sílabas e entonação e padrões de ênfase monótonos. Entre as crianças em idade escolar, os problemas escolares e de aprendizagem (por ex., escrever ditados, copiar frases e soletrar) que por vezes satisfazem os critérios para Transtornos da Aprendizagem freqüentemente estão associados com o Transtorno da Linguagem Expressiva. Também pode haver algum prejuízo leve nas habilidades da linguagem receptiva, mas, quando este é significativo, aplica-se um diagnóstico de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva. Uma história de atraso em alcançar alguns marcos motores, e a presença de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e Enurese não são incomuns. O retraimento social e alguns transtornos mentais, como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, também estão freqüentemente associados. O Transtorno da Linguagem Expressiva pode ser acompanhado de anormalidades ao EEG, achados anormais em neuroimagem, comportamentos com disartria ou apraxia ou outros sinais neurológicos.

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

As avaliações do desenvolvimento das capacidades de comunicação devem levar em consideração o contexto cultural e lingüístico do indivíduo, particularmente no caso daqueles que cresceram em ambientes bilíngües. As medições padronizadas do desenvolvimento da linguagem e da capacidade intelectual não-verbal devem ser relevantes para o grupo cultural e lingüístico. O tipo evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva é mais comum em pessoas do sexo masculino.

## Prevalência

Estimativas sugerem que 3-5% das crianças podem ser afetadas pelo tipo evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva. O tipo adquirido é menos comum.

## Curso

O tipo evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva geralmente é identificado por volta dos 3 anos de idade, embora formas mais leves do transtorno possam não se tornar visíveis até o início da adolescência, quando a linguagem habitualmente se torna mais complexa. O tipo adquirido de Transtorno da Linguagem Expressiva, devido a lesões cerebrais, traumatismo craniano ou acidente [57]cérebrovascular, pode ocorrer em qualquer idade, e o início é súbito. O resultado do tipo evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva é variável. Aproximadamente metade das crianças com este transtorno parece superá-lo, enquanto a outra metade parece apresentar dificuldades mais persistentes. A maioria das crianças acaba adquirindo capacidades de linguagem mais ou menos normais ao final da adolescência, embora déficits sutis possam persistir. No tipo adquirido de Transtorno da Linguagem Expressiva o curso e o prognóstico estão relacionados à gravidade e localização da patologia cerebral, bem como à idade da criança e extensão do desenvolvimento da linguagem à época em que o transtorno foi adquirido. A melhora clínica nas capacidades de linguagem às vezes é rápida e completa, enquanto em outros casos pode ser incompleta ou haver um déficit progressivo. Padrão Familiar Aparentemente, o tipo evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva está mais propenso a ocorrer em indivíduos com uma história familiar de Transtornos da Comunicação ou da Aprendizagem. Não existem evidências de agregação familiar no tipo adquirido.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Linguagem Expressiva distingue-se do Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva pela presença, neste último, de um prejuízo significativo na linguagem receptiva. O Transtorno da Linguagem Expressiva não é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para Transtorno Autista ou outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. O Transtorno Autista também envolve prejuízo na linguagem expressiva, mas pode ser diferenciado dos Transtornos da Linguagem Expressiva e Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva pelas características de prejuízo na comunicação (por ex., uso estereotipado da linguagem) e pela presença de um prejuízo qualitativo na interação social e de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. O desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva pode apresentar prejuízo devido a Retardo Mental, um prejuízo auditivo ou outro déficit sensorial, um déficit motor da fala ou severa privação ambiental. A presença desses problemas pode ser estabelecida por testes de inteligência, testagem audiométrica, testagem neurológica e anamnese. Se as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas, aplica-se um

diagnóstico concomitante de Transtorno da Linguagem Expressiva ou Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva. As crianças com atrasos na linguagem expressiva devido à privação ambiental podem apresentar rápidos progressos, se melhorados os problemas ambientais. No Transtorno da Expressão Escrita, existe uma perturbação nas habilidades de escrita. Caso déficits na expressão oral também estejam presentes, poderá aplicar-se um diagnóstico adicional de Transtorno da Linguagem Expressiva. O Mutismo Seletivo envolve uma produção restrita de linguagem expressiva que pode imitar o Transtorno da Linguagem Expressiva ou o Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva; anamnese e observação detalhadas podem ser necessárias para determinar a presença de uma linguagem normal, em alguns contextos. A afasia adquirida associada com uma condição médica geral na infância geralmente é transitória. Um diagnóstico de Transtorno da Linguagem Expressiva aplica-se apenas se a perturbação na linguagem persiste além do período de recuperação aguda para a condição médica geral etiológica (por ex., traumatismo craniano, infecção viral).

#### Critérios Diagnósticos para F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva

A. Os escores obtidos em medições padronizadas e individualmente administradas do desenvolvimento da linguagem expressiva estão acentuadamente abaixo daqueles obtidos em medições padronizadas da capacidade intelectual não-verbal e do desenvolvimento da linguagem receptiva. A perturbação pode manifestar-se clinicamente por sintomas que incluem um vocabulário acentuadamente limitado, erros nos tempos verbais ou dificuldades com a evocação de palavras ou com a produção de frases de extensão ou complexidade apropriadas em termos evolutivos.

B. As dificuldades com a linguagem expressiva interferem no desempenho escolar ou profissional ou na comunicação social.

C. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

D. Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala ou sensorial ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas.

Nota para a codificação: Caso esteja presente um déficit motor da fala ou sensorial ou uma condição neurológica, codificar a condição no Eixo III.

#### F80.2 - 315.31 Transt. da Linguagem Receptivo-Expressiva

##### Características e Aspectos Associados

A característica essencial do Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva é um prejuízo no desenvolvimento das linguagens receptiva e expressiva, demonstrado por escores em medições padronizadas, administradas individualmente, do desenvolvimento da linguagem tanto receptiva quanto expressiva, que estão

acentuadamente abaixo daqueles obtidos a partir de medições padronizadas da capacidade intelectual não-verbal (Critério A). Pode haver dificuldades na comunicação envolvendo tanto a linguagem falada quanto a linguagem por sinais. As dificuldades de linguagem interferem no desempenho escolar ou profissional ou na comunicação social (Critério B) e os sintomas não satisfazem os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério C). Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala ou sensorial, ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas (Critério D). Caso um déficit motor da fala ou sensorial ou uma condição neurológica esteja presente, isto deve ser codificado no Eixo III. Um indivíduo com este transtorno apresenta as dificuldades associadas com o Transtorno da Linguagem Expressiva (por ex., um vocabulário acentuadamente limitado, erros nos tempos verbais, dificuldade para evocar palavras ou produzir frases com a extensão ou complexidade apropriadas em termos evolutivos, e dificuldade geral para expressar idéias), juntamente com um prejuízo no desenvolvimento da linguagem receptiva (por ex., dificuldade para compreender palavras, frases ou tipos específicos de palavras). Em casos leves, a dificuldade pode restringir-se à compreensão de determinados tipos de palavras (por ex., termos espaciais) ou enunciados (por ex., orações complexas do tipo "se-então"). Em casos mais severos, pode haver múltiplas deficiências, incluindo uma incapacidade de compreender o vocabulário básico ou frases simples, além de déficits em várias áreas do processamento auditivo (por ex., discriminação de sons, associação, armazenagem, recordação e seqüenciamento de sons e símbolos). Uma vez que o desenvolvimento da linguagem expressiva na infância se baseia na aquisição das habilidades receptivas, um transtorno puramente da linguagem receptiva (análogo à afasia de Wernicke em adultos) praticamente jamais é visto. O Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva pode ser adquirido ou evolutivo. No tipo adquirido, ocorre um prejuízo na linguagem receptiva e expressiva após um período de desenvolvimento normal, em consequência de uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite, traumatismo craniano, irradiação). No tipo evolutivo, existe um prejuízo na linguagem receptiva e expressiva não associado com um agravo neurológico de origem conhecida. Este tipo caracteriza-se por um desenvolvimento lento da linguagem, no qual a fala pode começar tarde e atravessar vagarosamente os estágios de desenvolvimento da linguagem.

### Características e Transtornos Associados

As características lingüísticas do prejuízo de produção no Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva são similares àquelas que acompanham o Transtorno da Linguagem Expressiva. O déficit na compreensão é a característica primária que diferencia este transtorno do Transtorno da Linguagem Expressiva, podendo variar dependendo da gravidade do transtorno e da idade da criança. Os prejuízos da compreensão da linguagem podem ser menos óbvios do que os da produção da linguagem, por não serem tão facilmente visíveis ao observador, podendo aparecer apenas em uma avaliação formal. A criança, por sua vez, pode parecer não ouvir ou estar confusa ou não estar prestando atenção quando lhe falamos. Ela pode seguir comandos incorretamente ou não lhes obedecer em absoluto e responder a perguntas de modo tangencial ou inapropriado. A criança pode ser excepcionalmente quieta ou,

inversamente, muito loquaz. As habilidades de conversação (por ex., revezar-se na fala, manter um assunto) freqüentemente são bastante insatisfatórias ou inapropriadas. Déficits em várias áreas do processamento de informações sensoriais são comuns, especialmente no processamento auditivo temporal (por ex., taxa de processamento, associação de sons e símbolos, seqüência de sons e memória, atenção e discriminação para sons). A dificuldade para a produção de seqüências motoras com harmonia e rapidez também é característica. Transtorno Fonológico, Transtornos da Aprendizagem e déficits na percepção da fala freqüentemente estão presentes e são acompanhados por prejuízos de memória. Outros transtornos associados: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e Enurese. O Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva pode ser acompanhado por anormalidades ao EEG, achados anormais em neuroimagem e outros sinais neurológicos. A síndrome de Landau-Kleffner é uma forma de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva, com início por volta dos 3 aos 9 anos de idade e acompanhada por convulsões.

### Aspectos Específicos à Cultura e ao Gênero

As avaliações do desenvolvimento das capacidades de comunicação devem levar em consideração os contextos cultural e lingüístico do indivíduo, particularmente no caso de pessoas que cresceram em ambientes bilíngües. As medições padronizadas do desenvolvimento da linguagem e da capacidade intelectual não-verbal devem ser relevantes para os grupos cultural e lingüístico. O tipo evolutivo é mais prevalente entre os indivíduos do sexo masculino.

### Prevalência

Estima-se que o tipo evolutivo do Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva pode ocorrer em até 3% das crianças em idade escolar, mas provavelmente este transtorno é menos comum do que o Transtorno da Linguagem Expressiva. A síndrome de Landau-Kleffner e outras formas do tipo adquirido do transtorno são mais raras.

### Curso

O tipo evolutivo de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva geralmente é detectável antes dos 4 anos. As formas severas do transtorno podem ser visíveis já aos 2 anos. Formas mais leves podem não ser reconhecidas até o ingresso da criança nas primeiras séries escolares, quando então os déficits na compreensão se tornam mais evidentes. O tipo de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva adquirido devido a lesões cerebrais, traumatismo craniano ou acidente cérebro-vascular pode ocorrer em qualquer idade. O tipo adquirido devido a síndrome de Landau-Kleffner (afasia epilética adquirida) geralmente ocorre entre os 3 e os 9 anos

de idade. Muitas crianças com Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva acabam adquirindo habilidades normais de linguagem, mas o prognóstico é pior do que para aquelas com Transtorno da Linguagem Expressiva. No tipo adquirido de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva o curso e o prognóstico estão relacionados à gravidade e à localização da patologia cerebral, bem como à idade da criança e grau de desenvolvimento da linguagem à época de aquisição do transtorno. A melhora clínica nas capacidades de linguagem por vezes é completa, enquanto em outros casos pode haver uma recuperação incompleta ou déficit progressivo. As crianças com as formas mais severas tendem a desenvolver Transtornos da Aprendizagem.

### Padrão Familiar

O tipo evolutivo de Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno do que na população em geral. Não existem evidências de agregação familiar no tipo adquirido do transtorno.

### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" referente ao Transtorno da Linguagem Expressiva.

### Critérios Diagnósticos para F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem

#### Receptivo-Expressiva

A. Os escores obtidos em uma bateria de testes padronizados, individualmente administrados, do desenvolvimento da linguagem tanto receptiva quanto expressiva estão acentuadamente abaixo daqueles obtidos a partir de medições padronizadas da capacidade intelectual não-verbal. Os sintomas incluem os do Transtorno da Linguagem Expressiva, acrescidos de dificuldade para compreender palavras, frases ou tipos específicos de palavras, tais como termos espaciais.

B. As dificuldades com as linguagens receptiva e expressiva interferem significativamente no rendimento escolar ou profissional ou na comunicação social.

C. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

D. Em presença Retardo Mental, déficit motor da fala ou outro déficit sensorial ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas.



ou outro déficit sensorial ou privação ambiental, as dificuldades de linguagem excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas.

Nota para a codificação:

Caso esteja presente um déficit motor da fala ou sensorial ou uma condição neurológica, codificar a condição no Eixo III.

## **F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico**

(anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Fonológico é um fracasso em utilizar os sons da fala esperados para o estágio de desenvolvimento e apropriados para a idade e dialeto do indivíduo (Critério A). Isto pode envolver erros na produção, uso, representação ou organização dos sons, tais como, mas não limitados a, substituições de um som por outro (uso de /t/ ao invés de /k/) ou omissões de sons (por ex., consoantes finais). As dificuldades na produção dos sons da fala interferem no rendimento escolar ou profissional ou na comunicação social (Critério B). Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala, déficit sensorial ou a privação ambiental, as dificuldades da fala excedem aquelas geralmente associadas com esses problemas (Critério C). Caso um déficit motor da fala, déficit sensorial ou condição neurológica esteja presente, este deve ser codificado no Eixo III. O Transtorno Fonológico inclui erros de produção fonológica (isto é, de articulação) que envolvem o fracasso em formar corretamente os sons da fala e problemas fonológicos de base cognitiva que envolvem um déficit na categorização lingüística dos sons da fala (por ex., uma dificuldade para selecionar os sons da linguagem que fazem uma diferença no significado). A gravidade varia de pouco ou nenhum efeito sobre a inteligibilidade da fala até uma fala completamente ininteligível. As omissões sonoras são tipicamente vistas como mais severas do que as substituições de sons, que por sua vez são mais severas do que as distorções sonoras. Os sons mais freqüentemente mal-articulados são aqueles adquiridos mais tarde na seqüência do desenvolvimento, mas em indivíduos mais jovens ou mais severamente afetados as consoantes e vogais de desenvolvimento mais precoce podem também ser afetadas. O sigmatismo (isto é, perturbação na articulação das sibilantes) é particularmente comum. O Transtorno Fonológico também pode envolver erros de seleção e organização dos sons dentro das sílabas e palavras (por ex., perguntar ao invés de perguntar).

### Características e Transtornos Associados

Embora possa haver uma associação com claros fatores causais, tais como prejuízo auditivo, déficits estruturais do mecanismo periférico oral da fala (por ex., fenda palatina), condições neurológicas (por ex., paralisia cerebral), limitações cognitivas (por ex., Retardo Mental) ou problemas psicossociais, pelo menos 2,5% das crianças pré-escolares apresentam transtornos fonológicos de origem desconhecida ou

suspeita freqüentemente chamados de funcionais ou evolutivos. Pode haver um atraso no início da fala.

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

As avaliações do desenvolvimento das capacidades de comunicação devem levar em conta os contextos cultural e lingüístico do indivíduo, particularmente no caso dos indivíduos que cresceram em ambientes bilíngües. O Transtorno Fonológico é mais prevalente no sexo masculino.

### Prevalência

Aproximadamente 2 a 3% das crianças de 6 e 7 anos apresentam um Transtorno Fonológico de moderado a severo, embora a prevalência de formas mais leves deste transtorno seja superior. A prevalência cai para 0,5% por volta dos 17 anos.

### Curso

No Transtorno Fonológico severo, a fala da criança pode ser relativamente ininteligível até mesmo para os membros de sua família. Formas menos severas do transtorno podem não ser percebidas até que a criança ingresse na pré-escola ou nas primeiras séries escolares, onde provavelmente terá dificuldade para ser entendida por pessoas fora de sua família. O curso do transtorno é variável, dependendo das causas associadas e da gravidade. Nas apresentações leves com causas desconhecidas freqüentemente ocorre uma recuperação espontânea.

### Padrão Familiar

Um padrão familiar foi demonstrado para algumas formas de Transtorno Fonológico.

### Diagnóstico Diferencial

As dificuldades da fala podem estar associadas com Retardo Mental, um prejuízo auditivo ou outro déficit sensorial, um déficit motor da fala ou severa privação ambiental. A presença desses problemas pode ser estabelecida por testes de inteligência, testagem audiométrica, testagem neurológica e anamnese. Se as dificuldades da fala excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas, aplica-se um diagnóstico concomitante de Transtorno Fonológico. Os problemas limitados ao ritmo da fala ou à voz não são incluídos como parte do Transtorno Fonológico, sendo diagnosticados, em vez disso, como Tartamudez (gagueira) ou

Transtorno da Comunicação Sem Outra Especificação. As crianças com dificuldades da fala devido à privação ambiental podem apresentar progressos rápidos, se melhorados os problemas ambientais.

### Critérios Diagnósticos para F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico

A. Fracasso em usar os sons da fala esperados para o estágio do desenvolvimento, apropriados para a idade e dialeto do indivíduo (por ex., erros na produção, uso ou organização dos sons, tais como, mas não limitados a, substituições de um som por outro [uso de /t/ ao invés de /k/] ou omissões de sons, tais como consoantes finais).

B. As dificuldades na produção dos sons da fala interferem no desempenho escolar ou profissional ou na comunicação social.

C. Em presença de Retardo Mental, déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, as dificuldades da fala excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas.

Nota para a codificação: Caso esteja presente um déficit motor da fala ou sensorial ou uma condição neurológica, codificar a condição no Eixo III.

### **F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da Tartamudez é uma perturbação na fluência e padrão temporal normais da fala, inapropriado à idade do indivíduo (Critério A). Esta perturbação caracteriza-se por repetições ou prolongamentos frequentes de sons ou sílabas (Critérios A1 e A2). Vários outros tipos de disfluências da fala também podem estar envolvidos, incluindo interjeições (Critério A3), palavras partidas (por ex., pausas dentro de uma palavra) (Critério A4), bloqueio audível ou silencioso (pausas preenchidas ou não preenchidas na fala) (Critério A5), circunloções (isto é, substituições de palavras para evitar as problemáticas) (Critério A6), palavras produzidas com um excesso de tensão física (Critério A7) e repetições de palavras monossilábicas completas (por ex., "Eu-eu-eu vou") (Critério A8). A perturbação na fluência interfere no rendimento escolar ou profissional ou na comunicação social (Critério B). Em presença de um déficit motor da fala ou déficit sensorial, as dificuldades na fala excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas (Critério C). Caso um déficit motor da fala, déficit sensorial ou transtorno neurológico esteja presente, esta condição também deve ser codificada no Eixo III. O grau de perturbação varia de situação para situação e frequentemente é mais severo quando existe uma pressão especial para se comunicar (por ex., relatar algo na escola, ser entrevistado para um emprego). A Tartamudez em geral está ausente durante a leitura oral, canto ou fala com objetos inanimados ou animais.

## Características e Transtornos Associados

No início da Tartamudez, o indivíduo pode não estar consciente do problema, embora a sua conscientização e até mesmo a sua antecipação temerosa possam desenvolver-se mais tarde. O indivíduo pode tentar evitar o problema por mecanismos lingüísticos (por ex., alterando a velocidade da fala, evitando certas situações tais como telefonar ou falar em público, ou evitando certas palavras ou sons). A Tartamudez pode ser acompanhada por movimentos motores (por [64]ex., piscar de olhos, tiques, tremor labial ou facial, abalos da cabeça, movimentos respiratórios ou cerrar os punhos). O estresse ou a ansiedade exacerbam a Tartamudez. O prejuízo no funcionamento social pode resultar da ansiedade, frustração ou baixa auto-estima associadas. Em adultos, a Tartamudez pode limitar a escolha ou progresso profissional. O Transtorno Fonológico e o Transtorno da Linguagem Expressiva ocorrem em uma frequência maior em indivíduos com Tartamudez do que na população em geral.

## Prevalência

A prevalência da Tartamudez em crianças pré-puberais é de 1% e cai para 0,8% na adolescência. A proporção entre homens e mulheres é de aproximadamente 3:1.

## Curso

Os estudos retrospectivos de indivíduos com Tartamudez relatam o aparecimento do transtorno tipicamente entre os 2 e os 7 anos (com um pico em torno dos 5 anos de idade). O início ocorre antes dos 10 anos em 98% dos casos, sendo geralmente insidioso, cobrindo muitos meses durante os quais disfluências episódicas e despercebidas da fala tornam-se um problema crônico. A perturbação começa tipicamente de uma forma gradual, com a repetição das consoantes iniciais, palavras (habitualmente as primeiras de uma frase) ou palavras longas. A criança em geral não está consciente da perturbação. À medida que o transtorno progride, ocorre um curso de exacerbações e remissões. As disfluências tornam-se mais frequentes, e a Tartamudez ocorre em palavras ou frases mais significativas. Na medida em que a criança conscientiza-se de sua dificuldade na fala, podem ocorrer mecanismos para evitar disfluências e respostas emocionais. Algumas pesquisas sugerem que até 80% dos indivíduos com Tartamudez se recuperam, e em 60% dos casos a recuperação é espontânea. A recuperação tipicamente ocorre antes dos 16 anos de idade.

## Padrão Familiar

Estudos de famílias e de gêmeos oferecem fortes evidências de um fator genético na etiologia da Tartamudez. A presença de um Transtorno Fonológico ou do tipo

evolutivo de Transtorno da Linguagem Expressiva, bem como uma história familiar destes transtornos aumentam a probabilidade de Tartamudez. O risco entre os parentes biológicos em primeiro grau é mais de 3 vezes o da população em geral. Cerca de 10% das filhas e 20% dos filhos de homens com história de Tartamudez também apresentarão o transtorno.

## Diagnóstico Diferencial

As dificuldades na fala podem estar associadas com um prejuízo auditivo, outro déficit sensorial ou um déficit motor da fala. Nos casos em que as dificuldades da fala excedem aquelas habitualmente associadas com esses problemas, um diagnóstico concomitante de Tartamudez pode ser feito. Ela deve ser diferenciada das disfluências normais, freqüentes em crianças pequenas, que incluem repetições de palavras ou frases inteiras (por ex., "Eu quero-eu quero sorvete"), frases incompletas, interjeições, pausas sem preenchimento e observações parentéticas.

## Critérios Diagnósticos para F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)

A. Perturbação na fluência e padrão de tempo normais da fala (inapropriado para a idade do indivíduo), caracterizada por ocorrências freqüentes de um ou mais dos seguintes aspectos:

- (1) repetições de sons e sílabas
- (2) prolongamentos de sons
- (3) interjeições
- (4) palavras partidas (por ex., pausas dentro de uma palavra)
- (5) bloqueio audível ou silencioso (por ex., pausas preenchidas ou não preenchidas na fala)
- (6) circunloquções (substituições de palavras para evitar as que são problemáticas)
- (7) palavras produzidas com um excesso de tensão física
- (8) repetições de palavras monossilábicas completas (por ex., "Eu-eu-eu vou").

B. A perturbação na fluência interfere no rendimento escolar e profissional ou na comunicação social.

C. Em presença de um déficit motor da fala, déficit sensorial, as dificuldades na fala excedem aquelas habitualmente associadas com estes problemas.

Nota para a codificação: Caso esteja presente um déficit motor da fala ou sensorial ou uma condição neurológica, codificar a condição no Eixo III.

## **F80.9 - 307.9 Transtorno da Comunicação Sem Outra Especificação**

Esta categoria é usada para transtornos na comunicação que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno específico da comunicação; por ex., um transtorno da voz (isto é, uma anormalidade de timbre, volume, qualidade, tom ou ressonância da voz).

## **Transtornos Gerais do Desenvolvimento**

### Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento caracterizam-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. Esta seção abarca:

- Transtorno Autista
- Transtorno de Rett
- Transtorno Desintegrativo da Infância
- Transtorno de Asperger
- Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Esses transtornos em geral se manifestam nos primeiros anos de vida e frequentemente estão associados com algum grau de Retardo Mental, que, se presente, deve ser codificado no Eixo II. Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são observados, por vezes, com um grupo de várias outras condições médicas gerais (por ex., anormalidades cromossômicas, infecções congênitas e anormalidades estruturais do sistema nervoso central). Caso essas condições estejam presentes, elas devem ser registradas no Eixo III. Embora termos como "psicose" e "esquizofrenia da infância" já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (entretanto, um indivíduo com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ocasionalmente pode, mais tarde, desenvolver Esquizofrenia).

## **F84.0 - 299.00 Transtorno Autista**

### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno Autista são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicado na interação social e

comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. O Transtorno Autista é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. O prejuízo na interação social recíproca é amplo e persistente. Pode haver um prejuízo marcante no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (por ex., contato visual direto, expressão facial, posturas e gestos corporais) que regulam a interação social e a comunicação (Critério A1a). Pode haver um fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares que sejam apropriados ao nível de desenvolvimento (Critério A1b), os quais assumem diferentes formas, em diferentes idades. Os indivíduos mais jovens podem demonstrar pouco ou nenhum interesse pelo estabelecimento de amizades; os mais velhos podem ter interesse por amizades, mas não compreendem as convenções da interação social. Pode ocorrer uma falta de busca espontânea pelo prazer compartilhado, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar para objetos que consideram interessantes) (Critério A1c). Uma falta de reciprocidade social ou emocional pode estar presente (por ex., não participa ativamente de jogos ou brincadeiras sociais simples, preferindo atividades solitárias, ou envolve os outros em atividades apenas como instrumentos ou auxílios "mecânicos") (Critério A1d). Frequentemente, a conscientização da existência dos outros pelo indivíduo encontra-se bastante prejudicada. Os indivíduos com este transtorno podem ignorar as outras crianças (incluindo os irmãos), podem não ter idéia das necessidades dos outros, ou não perceber o sofrimento de outra pessoa. O prejuízo na comunicação também é marcante e persistente, afetando as habilidades tanto verbais quanto não-verbais. Pode haver atraso ou falta total de desenvolvimento da linguagem falada (Critério A2a). Em indivíduos que chegam a falar, pode existir um acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação (Critério A2b), um uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou uma linguagem idiossincrática (Critério A2c). Além disso, podem estar ausentes os jogos variados e espontâneos de faz-de-conta ou de imitação social apropriados ao nível de desenvolvimento (Critério A2d). Quando a fala chega a se desenvolver, o timbre, a entonação, a velocidade, o ritmo ou a ênfase podem ser anormais (por ex., o tom de voz pode ser monótono ou elevar-se de modo interrogativo ao final de frases afirmativas). As estruturas gramaticais são frequentemente imaturas e incluem o uso estereotipado e repetitivo da linguagem (por ex., repetição de palavras ou frases, independentemente do significado; repetição de comerciais ou jingles) ou uma linguagem metafórica (isto é, uma linguagem que apenas pode ser entendida claramente pelas pessoas familiarizadas com o estilo de comunicação do indivíduo). Uma perturbação na compreensão da linguagem pode ser evidenciada por uma incapacidade de entender perguntas, orientações ou piadas simples. As brincadeiras imaginativas em geral estão ausentes ou apresentam prejuízo acentuado. Esses indivíduos também tendem a não se envolver nos jogos de imitação ou rotinas simples da infância, ou fazem-no fora de contexto ou de um modo mecânico. Os indivíduos com Transtorno Autista têm padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. Pode existir uma preocupação total com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco (Critério A3a); uma adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais (Critério A3b); maneirismos motores estereotipados e repetitivos (Critério A3c); ou uma preocupação persistente com partes de objetos (Critério A3d). Os indivíduos com Transtorno Autista apresentam uma faixa

acentuadamente restrita de interesses e com frequência se preocupam com um interesse limitado (por ex., com acumular fatos sobre meteorologia ou estatísticas esportivas). Eles podem enfileirar um número exato de brinquedos da mesma maneira repetidas vezes ou imitar vezes sem conta as ações de um ator de televisão. Podem insistir na mesmice e manifestar resistência ou sofrimento frente a mudanças triviais (por ex., uma criança mais jovem pode ter uma reação catastrófica a uma pequena alteração no ambiente, tal como a colocação de cortinas novas ou uma mudança no local da mesa de jantar). Existe, com frequência, um interesse por rotinas ou rituais não-funcionais ou uma insistência irracional em seguir rotinas (por exemplo, percorrer exatamente o mesmo caminho para a escola, todos os dias). Os movimentos corporais estereotipados envolvem as mãos (bater palmas, estalar os dedos) ou todo o corpo (balançar-se, inclinar-se abruptamente ou oscilar o corpo). Anormalidades da postura (por ex., caminhar na ponta dos pés, movimentos estranhos das mãos e posturas corporais) podem estar presentes. Esses indivíduos apresentam uma preocupação persistente com partes de objetos (botões, partes do corpo). Também pode haver uma fascinação com o movimento em geral (por ex., as rodinhas dos brinquedos em movimento, o abrir e fechar de portas, ventiladores ou outros objetos com movimento giratório rápido). O indivíduo pode apegar-se intensamente a algum objeto inanimado (por ex., um pedaço de barbante ou uma faixa elástica). A perturbação deve ser manifestada por atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas antes dos 3 anos de idade: interação social, linguagem usada para a comunicação social, ou jogos simbólicos ou imaginativos (Critério B). Não existe, em geral, um período de desenvolvimento inequivocadamente normal, embora 1 ou 2 anos de desenvolvimento relativamente normal sejam relatados em alguns exemplos. Em uns poucos casos, os pais relatam uma regressão no desenvolvimento da linguagem, geralmente manifestada pela cessação da fala após a criança ter adquirido de 5 a 10 palavras. Por definição, se houver um período de desenvolvimento normal, ele não pode estender-se além dos 3 anos de idade. A perturbação não deve ser melhor explicada pelo Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância (Critério C).

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Na maioria dos casos, existe um diagnóstico associado de Retardo Mental, em geral na faixa moderada (QI de 35-50). Aproximadamente 75% das crianças com Transtorno Autista funcionam em um nível retardado. Pode haver anormalidades no desenvolvimento das habilidades cognitivas. O perfil dessas costuma ser irregular, independentemente do nível geral de inteligência (por ex., uma menina de 4 anos e meio com Transtorno Autista pode ser capaz de ler, isto é, apresenta hiperlexia). Em muitas crianças de funcionamento superior com Transtorno Autista, o nível de linguagem receptiva (isto é, compreensão da linguagem) está abaixo daquele da linguagem expressiva (por ex., vocabulário). Os indivíduos com Transtorno Autista podem apresentar uma gama de sintomas comportamentais, incluindo hiperatividade, desatenção, impulsividade, agressividade, comportamentos auto-agressivos e, particularmente em crianças mais jovens, acessos de raiva. Respostas incomuns a estímulos sensoriais (por ex., alto limiar para a dor, hipersensibilidade aos sons ou a ser tocado, reações exageradas à luz ou a odores, fascinação com certos estímulos) podem ser observadas. Pode haver anormalidades na



alimentação (por ex., limitação a poucos alimentos na dieta, Pica) ou no sono (por ex., despertares noturnos com balanço do corpo). Anormalidades do humor ou afeto (por ex., risadinhas ou choro sem qualquer razão visível, uma aparente ausência de reação emocional) podem estar presentes. Pode haver ausência de medo em resposta a perigos reais e temor excessivo em resposta a objetos inofensivos. Uma variedade de comportamentos autolesivos pode estar presente (por ex., bater a cabeça ou morder os dedos, mãos ou pulsos). Na adolescência e início da idade adulta, os indivíduos com Transtorno Autista que têm capacidade intelectual para o insight podem tornar-se deprimidos em resposta à percepção de seu sério comprometimento.

Achados laboratoriais associados.

Quando o Transtorno Autista está associado com uma condição médica geral, observam-se achados laboratoriais consistentes com a mesma. Existem relatos de diferenças de grupo com respeito a medições da atividade serotoninérgica, mas essas não são diagnósticas para Transtorno Autista. Os estudos de imagens podem ser anormais em alguns casos, mas nenhum padrão específico foi claramente identificado. Anormalidades ao EEG são comuns, mesmo na ausência de transtornos convulsivos. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser observados (por ex., reflexos primitivos, atraso no desenvolvimento da lateralidade manual) no Transtorno Autista. A condição por vezes é observada em associação com uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite, fenilcetonúria, esclerose tuberosa, síndrome do X frágil, anóxia durante o parto, rubéola materna). Convulsões podem desenvolver-se (particularmente na adolescência) em até 25% dos casos. Quando outras condições médicas gerais estão presentes, essas devem ser registradas no Eixo III.

Características Específicas à Idade e ao Gênero

A natureza do prejuízo na interação social pode mudar ao longo do tempo, no Transtorno Autista, podendo variar dependendo do nível de desenvolvimento do indivíduo. Em bebês, pode-se perceber a ausência de aninhamento, uma indiferença ou aversão à afeição ou contato físico, falta de contato visual direto, de respostas faciais ou de sorrisos sociais e uma ausência de resposta à voz dos pais. Como resultado, estes podem preocupar-se, inicialmente, com a possibilidade de a criança ser surda. As crianças pequenas com o transtorno podem tratar os adultos como se pudessem ser trocados por outros ou podem agarrar-se mecanicamente a uma pessoa específica. Ao longo do desenvolvimento, a criança pode deixar-se envolver passivamente em interações sociais e até mesmo interessar-se pela interação social. Entretanto, mesmo nesses casos, ela tende a tratar as outras pessoas de maneira incomum (por ex., esperar que as outras pessoas respondam a perguntas ritualizadas de maneira específica, ter pouco senso das limitações alheias e invasividade imprópria na interação social). Em indivíduos mais velhos, as tarefas envolvendo a memória de longo prazo (por ex., horários de trens, datas históricas, fórmulas químicas ou recordação exata das letras de canções ouvidas há anos) podem ser excelentes, mas as informações tendem a ser

repetidas vezes sem conta, não importando sua adequação ao contexto social. As taxas para o transtorno são quatro a cinco vezes superiores para o sexo masculino. Os indivíduos do sexo feminino com o transtorno estão mais propensas, entretanto, a apresentar um Retardo Mental mais severo.

## Prevalência

Os estudos epidemiológicos sugerem taxas de Transtorno Autista de 2-5 casos por 10.000 indivíduos.

## Curso

Por definição, o início do Transtorno Autista ocorre antes dos 3 anos de idade. Em alguns casos, os pais relatam sua preocupação com a criança desde o nascimento desta ou logo após, em vista de sua falta de interesse pela interação social. As manifestações do transtorno na primeira infância são mais sutis e mais difíceis de definir do que aquelas vistas após os 2 anos. Em uns poucos casos, a criança pode ter-se desenvolvido normalmente durante o primeiro ano (ou até [69] mesmo durante os dois primeiros anos) de vida. O Transtorno Autista segue um curso contínuo. Em crianças em idade escolar e adolescentes, é comum haver progressos no desenvolvimento em algumas áreas (por ex., aumento do interesse pelo funcionamento social à medida que a criança chega à idade escolar). Alguns indivíduos se deterioram em termos comportamentais durante a adolescência, enquanto outros melhoram. As habilidades de linguagem (por ex., presença de fala comunicativa) e o nível intelectual geral são os mais poderosos fatores relacionados ao prognóstico final. Os estudos disponíveis sobre o seguimento sugerem que apenas uma pequena percentagem dos indivíduos com o transtorno chegam a viver e trabalhar de modo independente, quando adultos. Em cerca de um terço dos casos, algum grau de independência parcial é possível. Os adultos com Transtorno Autista com o mais alto nível de funcionamento tipicamente continuam apresentando problemas na interação social e comunicação, juntamente com interesses e atividades acentuadamente restritos.

## Padrão Familiar

O risco para Transtorno Autista é maior entre os irmãos de indivíduos com o transtorno.

## Diagnóstico Diferencial

Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não são tão severos nem tão prolongados quanto no Transtorno Autista, que deve ser

diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. O Transtorno de Rett difere do Transtorno Autista em sua proporção característica entre os sexos e padrões deficitários. O Transtorno de Rett tem sido diagnosticado apenas no sexo feminino, ao passo que o Transtorno Autista acomete muito mais frequentemente o sexo masculino. No Transtorno de Rett há um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e o aparecimento de marcha pouco coordenada ou movimentos do tronco. Particularmente durante os anos pré-escolares, indivíduos com Transtorno de Rett podem exibir dificuldades na interação social similares àquelas observadas no Transtorno Autista, mas essas tendem a ser temporárias. O Transtorno Autista difere do Transtorno Desintegrativo

da Infância, que tem um padrão distinto de regressão seguindo-se a pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal. No Transtorno Autista, as anormalidades do desenvolvimento geralmente são percebidas já no primeiro ano de vida. Quando não se dispõe de informações sobre o desenvolvimento inicial ou quando não é possível documentar o período exigido de desenvolvimento normal, deve-se fazer o diagnóstico de Transtorno Autista. O Transtorno de Asperger pode ser diferenciado do Transtorno Autista pela ausência de atraso no desenvolvimento da linguagem. O Transtorno de Asperger não é diagnosticado se são satisfeitos critérios para o Transtorno Autista. A Esquizofrenia com início na infância geralmente se desenvolve após alguns anos de desenvolvimento normal ou quase normal. Um diagnóstico adicional de Esquizofrenia pode ser feito se um indivíduo com Transtorno Autista desenvolve os aspectos característicos da Esquizofrenia (ver p. 264) com sintomas da fase ativa consistindo de delírios ou alucinações proeminentes, com duração de, pelo menos, um mês. No Mutismo Seletivo, a criança habitualmente exibe habilidades apropriadas de comunicação em certos contextos e não tem o prejuízo severo na interação social e os padrões restritos de comportamento associados com o Transtorno Autista. No Transtorno da Linguagem Expressiva e no Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva existe prejuízo da linguagem, mas este não está associado com a presença de um prejuízo qualitativo na interação social e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. Às vezes pode ser difícil determinar se um diagnóstico adicional de Transtorno Autista está indicado em um indivíduo com Retardo Mental, especialmente se este é Severo ou Profundo. Um diagnóstico adicional de Transtorno Autista é reservado àquelas situações nas quais existem déficits qualitativos nas habilidades sociais e comunicativas e os comportamentos específicos característicos do Transtorno Autista estão presentes. Estereotípias [70] motoras são características do Transtorno Autista; um diagnóstico adicional de Transtorno de Movimento Estereotipado não é dado quando esses são melhor explicados como parte da apresentação do Transtorno Autista.

#### Critérios Diagnósticos para F84.0 - 299.00 Transtorno Autista

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3):

(1) prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

(a) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social

(b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento

(c) falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse)

(d) falta de reciprocidade social ou emocional

(2) prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

(a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica)

(b) em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação

(c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática

(d) falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento

(3) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

(a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco

(b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais

(c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)

(d) preocupação persistente com partes de objetos

B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

## C. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância

### Características Diagnósticas

**Características Diagnósticas** A característica essencial do Transtorno de Rett é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. Os indivíduos têm um período pré-natal e perinatal aparentemente normal (Critério A1), com desenvolvimento psicomotor normal durante os primeiros 5 meses de vida (Critério A2). O perímetro cefálico ao nascer também está dentro dos limites normais (Critério A3). Entre os 5 e os 48 meses, o crescimento craniano se desacelera (Critério B1). Ocorre também, entre os 5 e os 30 meses de idade, uma perda das habilidades voluntárias anteriormente adquiridas das mãos, com desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que se assemelham a torcer ou lavar as mãos (Critério B2). O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno (Critério B3), embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde. Aparecem problemas na coordenação da marcha ou movimentos do tronco (Critério B4). Existe, também, severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com severo retardo psicomotor (Critério B5).

**Características e Transtornos Associados** O Transtorno de Rett está tipicamente associado com Retardo Mental Severo ou Profundo, que, se presente, deve ser codificado no Eixo II. Não existem achados laboratoriais específicos associados com o transtorno. Pode haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram relatadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.

**Prevalência** Os dados são limitados, em sua maior parte, a séries casuísticas, e aparentemente o Transtorno de Rett é muito menos comum do que o Transtorno Autista. A condição é relatada apenas no sexo feminino.

**Curso** O padrão de regressão do desenvolvimento é altamente distintivo. O Transtorno de Rett tem seu início antes dos 4 anos, geralmente no primeiro ou segundo ano de vida. A duração do transtorno é vitalícia, sendo a perda das habilidades em geral persistente e progressiva. Na maior parte dos casos, a recuperação é bastante limitada, embora alguns progressos muito modestos no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência. As dificuldades de comunicação e comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida.

**Diagnóstico Diferencial** Períodos de regressão no desenvolvimento podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou tão prolongados quanto no Transtorno de Rett. Para o diagnóstico diferencial entre Transtorno de Rett e Transtorno Autista, consultar a p. 69. O Transtorno de Rett difere do Transtorno Desintegrativo da Infância e do Transtorno de Asperger em sua distribuição característica entre os sexos, início e padrão deficitário. O Transtorno de Rett tem sido diagnosticado apenas no sexo feminino, enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger parecem ser mais comuns no sexo masculino. O início dos sintomas do Transtorno de Rett pode dar-se aos 5 meses de idade, enquanto no Transtorno Desintegrativo da Infância o período de desenvolvimento normal tipicamente é mais prolongado (isto é, pelo menos até os 2 anos de idade). No Transtorno de Rett, existe um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de

habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e aparecimento de marcha e movimentos do tronco incoordenados. Contrastando com o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett caracteriza-se por um severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva .

### Critérios Diagnósticos para F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura

A. O rendimento da leitura, medido por testes padronizados, administrados individualmente, de correção ou compreensão da leitura, está acentuadamente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a escolaridade apropriada à idade do indivíduo.

B. A perturbação no Critério A interfere significativamente no rendimento escolar ou atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura.

C. Em presença de um déficit sensorial, as dificuldades de leitura excedem aquelas geralmente a este associadas.

Nota para a codificação: Se uma condição médica geral (por ex., neurológica) estiver presente, codificá-la no Eixo III.

### **F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Rett é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. Os indivíduos têm um período pré-natal e perinatal aparentemente normal (Critério A1), com desenvolvimento psicomotor normal durante os primeiros 5 meses de vida (Critério A2). O perímetro cefálico ao nascer também está dentro dos limites normais (Critério A3). Entre os 5 e os 48 meses, o crescimento craniano se desacelera (Critério B1). Ocorre também, entre os 5 e os 30 meses de idade, uma perda das habilidades voluntárias anteriormente adquiridas das mãos, com desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que se assemelham a torcer ou lavar as mãos (Critério B2). O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno (Critério B3), embora a interação social possa freqüentemente se desenvolver mais tarde. Aparecem problemas na coordenação da marcha ou movimentos do tronco (Critério B4). Existe, também, severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com severo retardo psicomotor (Critério B5).

#### Características e Transtornos Associados

O Transtorno de Rett está tipicamente associado com Retardo Mental Severo ou Profundo, que, se presente, deve ser codificado no Eixo II. Não existem achados laboratoriais específicos associados com o transtorno. Pode haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram relatadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.

### Prevalência

Os dados são limitados, em sua maior parte, a séries casuísticas, e aparentemente o Transtorno de Rett é muito menos comum do que o Transtorno Autista. A condição é relatada apenas no sexo feminino.

### Curso

O padrão de regressão do desenvolvimento é altamente distintivo. O Transtorno de Rett tem seu início antes dos 4 anos, geralmente no primeiro ou segundo ano de vida. A duração do transtorno é vitalícia, sendo a perda das habilidades em geral persistente e progressiva. Na maior parte dos casos, a recuperação é bastante limitada, embora alguns progressos muito modestos no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência. As dificuldades de comunicação e comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida.

### Diagnóstico Diferencial

Períodos de regressão no desenvolvimento podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou tão prolongados quanto no Transtorno de Rett. Para o diagnóstico diferencial entre Transtorno de Rett e Transtorno Autista, consultar a p. 69. O Transtorno de Rett difere do Transtorno Desintegrativo da Infância e do Transtorno de Asperger em sua distribuição característica entre os sexos, início e padrão deficitário. O Transtorno de Rett tem sido diagnosticado apenas no sexo feminino, enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger parecem ser mais comuns no sexo masculino. O início dos sintomas do Transtorno de Rett pode dar-se aos 5 meses de idade, enquanto no Transtorno Desintegrativo da Infância o período de desenvolvimento normal tipicamente é mais prolongado (isto é, pelo menos até os 2 anos de idade). No Transtorno de Rett, existe um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e aparecimento de marcha e movimentos do tronco incoordenados. Contrastando com o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett caracteriza-se por um severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva.

## Critérios Diagnósticos para F84.2 - 299.80 Transtorno de Rett

A. Todos os quesitos abaixo: (1) desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normal (2) desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses após o nascimento (3) circunferência craniana normal ao nascer

B. Início de todas as seguintes características após o período de desenvolvimento normal:

- (1) desaceleração do crescimento craniano entre os 5 e os 48 meses de idade
- (2) perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre os 5 e os 30 meses de idade, com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos (por ex., gestos como torcer ou lavar as mãos)
- (3) perda do envolvimento social ocorre precocemente no curso do transtorno (embora em geral a interação social se desenvolva posteriormente)
- (4) aparecimento de marcha ou movimentos do tronco fracamente coordenados
- (5) desenvolvimento das linguagens expressiva ou receptiva severamente prejudicado, com severo retardo psicomotor

## F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Desintegrativo da Infância é uma regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal (Critério A). O desenvolvimento aparentemente normal é refletido por comunicação verbal e não-verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade. Após os primeiros 2 anos de vida (mas antes dos 10 anos), a criança sofre uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva, habilidades sociais ou comportamento adaptativo, controle intestinal ou vesical, jogos ou habilidades motoras (Critério B). Os indivíduos com este transtorno exibem os déficits sociais e comunicativos e aspectos comportamentais geralmente observados no Transtorno Autista. Existe um prejuízo qualitativo na interação social (Critério C1) e [73]na comunicação (Critério C2) e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades (Critério C3). A perturbação não é melhor explicada por um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou por Esquizofrenia (Critério D). Esta condição também é conhecida como síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa.



## Características e Transtornos Associados

O Transtorno Desintegrativo da Infância em geral está associado com Retardo Mental Severo que, se presente, deve ser codificado no Eixo II. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser notados. Parece haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo. Embora a condição pareça ser consequência de algum agravo ao sistema nervoso central em desenvolvimento, nenhum mecanismo preciso foi identificado. A condição é observada, ocasionalmente, em associação com uma condição médica geral (por ex., leucodistrofia metacromática, doença de Schilder), que poderia explicar a regressão do desenvolvimento. Na maioria dos casos, entretanto, extensas investigações não revelaram esta condição. Caso uma condição neurológica ou outra condição médica geral esteja associada com o transtorno, seu registro deve ser feito no Eixo III. Os achados laboratoriais refletem quaisquer condições médicas gerais associadas.

## Prevalência

Os dados epidemiológicos são limitados, mas o Transtorno Desintegrativo da Infância parece ser muito raro e muito menos comum que o Transtorno Autista. Embora estudos iniciais sugerissem uma distribuição igual entre os sexos, os dados mais recentes sugerem que a condição é mais comum no sexo masculino.

## Curso

Por definição, o Transtorno Desintegrativo da Infância apenas pode ser diagnosticado se os sintomas forem precedidos por pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal e o início ocorrer antes dos 10 anos. Quando o período de desenvolvimento normal foi bastante prolongado (5 anos ou mais), é particularmente importante realizar um exame físico e neurológico minucioso, para avaliar a presença de uma condição médica geral. Na maioria dos casos, o início dá-se entre os 3 e os 4 anos, podendo ser insidioso ou abrupto. Os sinais premonitórios podem incluir aumento nos níveis de atividade, irritabilidade e ansiedade, seguidos por uma perda da fala e outras habilidades. Geralmente, a perda de habilidades alcança um platô, após o qual pode ocorrer alguma melhora limitada, embora apenas raramente esta seja pronunciada. Em outros casos, especialmente quando o transtorno está associado com uma condição neurológica progressiva, a perda de habilidades é progressiva. O transtorno segue um curso contínuo e, na maioria dos casos, vitalício. As dificuldades sociais, comunicativas e comportamentais permanecem relativamente constantes durante toda a vida.

## Diagnóstico Diferencial

Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou prolongados quanto no Transtorno Desintegrativo da Infância. Este transtorno deve ser diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Para o diagnóstico diferencial com o Transtorno Autista, ver p. 69. Para o diagnóstico diferencial com o Transtorno de Rett, ver pp. 71-72. Em comparação [74] com o Transtorno de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância caracteriza-se por uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas e uma maior probabilidade de Retardo Mental. No Transtorno de Asperger, não existe atraso no desenvolvimento da linguagem nem perda acentuada das habilidades próprias do desenvolvimento. O Transtorno Desintegrativo da Infância deve ser diferenciado de uma demência com início durante a infância. A demência ocorre como consequência de efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano), enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância tipicamente ocorre na ausência de uma condição médica geral associada.

#### Critérios Diagnósticos para F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância

A. Desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os 2 primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade.

B. Perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas (antes dos 10 anos) em pelo menos duas das seguintes áreas:

- (1) linguagem expressiva ou receptiva
- (2) habilidades sociais ou comportamento adaptativo
- (3) controle intestinal ou vesical
- (4) jogos
- (5) habilidades motoras.

C. Anormalidades do funcionamento em pelo menos duas das seguintes áreas:

- (1) prejuízo qualitativo na interação social (por ex., prejuízo nos comportamentos não-verbais, fracasso para desenvolver relacionamentos com seus pares, falta de reciprocidade social ou emocional)
- (2) prejuízos qualitativos na comunicação (por ex., atraso ou ausência de linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversação, uso estereotipado e repetitivo da linguagem, falta de jogos variados de faz-de-conta)
- (3) padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, incluindo estereotipias motoras e maneirismos

D. A perturbação não é melhor explicada por um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou por Esquizofrenia.

## **F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger**

### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno de Asperger são um prejuízo severo e persistente na interação social (Critério A) e o desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Critério B) (Consultar p. 66, em Transtorno Autista, para uma discussão acerca dos Critérios A e B). A perturbação deve causar prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento (Critério C). Contrastando com o Transtorno Autista, não existem atrasos clinicamente significativos na linguagem (isto é, palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas são usadas aos 3 anos) (Critério D). Além disso, não existem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo (outro que não na interação social) e curiosidade acerca do ambiente na infância (Critério E). O diagnóstico não é dado se são satisfeitos critérios para qualquer outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou para Esquizofrenia (Critério F).

### Características e Transtornos Associados

O Transtorno de Asperger é observado, ocasionalmente, em associação com condições médicas gerais que devem ser codificadas no Eixo III. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser observados. Os marcos motores podem apresentar atraso e uma falta de destreza motora em geral está presente.

### Prevalência

As informações sobre a prevalência do Transtorno de Asperger são limitadas, mas ele parece ser mais comum no sexo masculino.

### Curso

O Transtorno de Asperger parece ter um início mais tardio do que o Transtorno Autista, ou pelo menos parece ser identificado apenas mais tarde. Atrasos motores ou falta de destreza motora podem ser notados no período pré-escolar. As dificuldades na interação social podem tornar-se mais manifestas no contexto escolar. É durante este

período que determinados interesses idiossincráticos ou circunscritos (por ex., fascinação com horários de trens) podem aparecer e ser reconhecidos como tais. Quando adultos, os indivíduos com a condição podem ter problemas com a empatia e modulação da interação social. Este transtorno aparentemente segue um curso contínuo e, na ampla maioria dos casos, a duração é vitalícia.

### Padrão Familiar

Embora os dados disponíveis sejam limitados, parece existir uma frequência aumentada de Transtorno de Asperger entre os membros das famílias de indivíduos com o transtorno.

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Asperger não é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Esquizofrenia. Para o diagnóstico diferencial com Transtorno Autista, ver p. 69. Para o diagnóstico diferencial com Transtorno de Rett, ver pp. 71-72. Para o diagnóstico diferencial com Transtorno Desintegrativo da Infância, ver pp. 73-74. O Transtorno de Asperger também deve ser diferenciado do Transtorno Obsessivo-Compulsivo e do Transtorno da Personalidade Esquizóide. O Transtorno de Asperger e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo compartilham padrões repetitivos e estereotipados de comportamento. Contrastando com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, o Transtorno de Asperger caracteriza-se por um prejuízo qualitativo na interação social e um padrão mais restrito de interesses e atividades. Em comparação com o Transtorno da Personalidade Esquizóide, o Transtorno de Asperger é caracterizado por comportamentos e interesses estereotipados e interação social mais gravemente comprometida.

### Critérios Diagnósticos para F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger

A. Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes quesitos:

(1) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social

(2) fracasso para desenvolver relacionamentos apropriados ao nível de desenvolvimento com seus pares

(3) ausência de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., deixar de mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse a outras pessoas)

(4) falta de reciprocidade social ou emocional

B. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes quesitos:

(1) insistente preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses, anormal em intensidade ou foco

(2) adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais específicos e não funcionais

(3) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., dar pancadinhas ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)

(4) insistente preocupação com partes de objetos

C. A perturbação causa prejuízo clinicamente significativo nas áreas social e ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

D. Não existe um atraso geral clinicamente significativo na linguagem (por ex., palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas são usadas aos 3 anos).

E. Não existe um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo (outro que não na interação social) e curiosidade acerca do ambiente na infância.

F. Não são satisfeitos os critérios para um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

### **F84.9 - 299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação**

(incluindo Autismo Atípico)

Esta categoria deve ser usada quando existe um prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não-verbal, ou quando comportamento, interesses e atividades estereotipados estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por ex., "Autismo Atípico" — apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, apresentações com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima.

## Transtornos do Comportamento e Déficit de Atenção

### Transtornos de Déficit de Atenção e Comportamento Disruptivo

- Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
- Transtorno de Conduta
- Transtorno Desafiador e Opositivo:
- Déficit de Atenção e Hiperatividade

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B). Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E). A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c). Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções). Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e). As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares

ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer. Os hábitos de trabalho frequentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com frequência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g). Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles frequentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i). Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades. A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por frequentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória). As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor frequência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com frequência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com frequência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas. Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranquilas e sedentárias. A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i). Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas. A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular). As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou

situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos. Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um [79]comportamento apropriado. Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

## Subtipos

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

- F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.
- F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.
- F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo. Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

## Procedimentos de Registro

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo



podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses. Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima. As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição. Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar. Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in utero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental. Achados laboratoriais associados. Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica. É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras). Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo. Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos). O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

### Prevalência

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

## Curso

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, frequentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido. Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

## Padrão Familiar

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

## Diagnóstico Diferencial

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo). Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou

hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de autorregulação adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.[82] Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, freqüentemente como uma racionalização para seu fracasso. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo. Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico. Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

## Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

### A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:  
Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

#### Hiperatividade:

- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- (f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade: (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.  
F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.  
F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

**F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação**

DSM.IV

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

## **Transtornos de Alimentação da Primeira Infância e da Infância**

### **Transtornos Alimentares na 1ª. Infância**

#### Características Diagnósticas

Os Transtornos de Alimentação da Primeira Infância caracterizam-se por perturbações persistentes no comportamento alimentar. Os transtornos específicos incluídos são:

- PICA
- TRANSTORNO DE RUMINAÇÃO
- TRANSTORNO DE ALIMENTAÇÃO DA 1a. INFÂNCIA

\* Observe que Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa estão incluídas na seção "Transtornos Alimentares".

### **F98.3 - 307.52 - PICA**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da Pica é o consumo persistente de substâncias não nutritivas por um período de pelo menos 1 mês (Critério A). A substância típica ingerida tende a variar com a idade. Bebês e crianças mais jovens tipicamente comem tinta, reboco, cordões, cabelos ou tecidos. Crianças mais velhas podem comer fezes de animais, areia, insetos, folhas ou pedregulhos. Adolescentes e adultos podem consumir argila ou terra. Não existe aversão à comida. Este comportamento deve ser inapropriado em termos evolutivos (Critério B) e não deve fazer parte de uma prática culturalmente sancionada (Critério C). O consumo de substâncias não nutritivas é uma característica associada de outros transtornos mentais (por ex., Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Retardo Mental). Se o comportamento alimentar ocorre exclusivamente durante o curso de um outro transtorno mental, um diagnóstico separado de Pica deve ser feito apenas se o comportamento alimentar for suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente (Critério D).

#### Características e Transtornos Associados

A Pica frequentemente está associada com Retardo Mental. Embora deficiências de vitaminas ou minerais tenham sido relatadas em alguns casos, geralmente não

existem anormalidades biológicas específicas. Em certos casos, a Pica chega à atenção clínica apenas quando o indivíduo se apresenta com alguma das várias complicações médicas gerais resultantes (por ex., envenenamento por chumbo em consequência da ingestão de tinta ou reboco com tinta, problemas mecânicos nos intestinos, obstrução intestinal decorrente da ingestão de bolas de cabelo, perfuração intestinal ou infecções tais como toxoplasmose e toxocaríase como resultado da ingestão de fezes ou terra). Pobreza, negligência, falta de supervisão parental e atraso do desenvolvimento podem aumentar o risco para a condição.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Em certas culturas, comer terra ou outras substâncias aparentemente não nutritivas supostamente apresenta algum valor. A Pica é vista com maior frequência em crianças pequenas e, ocasionalmente, em mulheres grávidas.

### Prevalência

Os dados epidemiológicos sobre a Pica são limitados. A condição frequentemente deixa de ser diagnosticada, podendo ser comum entre crianças pré-escolares. Entre indivíduos com Retardo Mental, a prevalência do transtorno parece aumentar de acordo com a gravidade do retardo.

### Curso

A Pica tem seu início na primeira infância. Na maioria dos casos, o transtorno provavelmente dura vários meses, depois apresentando remissão. Ele pode continuar, às vezes, até a adolescência ou, menos frequentemente, até a idade adulta. Em indivíduos com Retardo Mental, o comportamento pode diminuir durante a idade adulta.

### Diagnóstico Diferencial

Antes dos 18 aos 24 meses de idade, aproximadamente, o ato de levar à boca e, às vezes, comer substâncias não nutritivas é relativamente comum e não implica a presença de Pica. O diagnóstico é feito apenas quando o comportamento é considerado persistente (isto é, está presente por pelo menos 1 mês) e inapropriado, levando em conta o nível de desenvolvimento do indivíduo. A ingestão de substâncias não nutritivas pode ocorrer durante o curso de outros transtornos mentais (por ex., em um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, na Esquizofrenia, em decorrência de crenças delirantes, e na Síndrome de Kleine-Levin). Nesses casos, um diagnóstico adicional de Pica deve ser dado apenas se o comportamento alimentar for suficientemente severo



para indicar uma atenção clínica independente. A Pica pode ser diferenciada de outros transtornos da alimentação (por ex., Transtorno de Rinação, Transtorno de Alimentação da Primeira Infância, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) pelo consumo de substâncias não nutritivas.

#### Critérios Diagnósticos para F98.3 - 307.52 Pica

- A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas por um período mínimo de 1 mês.
- B. A ingestão de substâncias não nutritivas é inapropriada ao nível de desenvolvimento do indivíduo.
- C. O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente sancionada.
- D. Se o comportamento alimentar ocorre exclusivamente durante o curso de um outro transtorno mental (por ex., Retardo Mental, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia), sua gravidade é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

#### **F98.2 - 307.53 Transtorno de Rinação**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Rinação consiste na repetida regurgitação e remastigação de alimentos, que se desenvolve em um bebê ou criança após um período de funcionamento normal e dura por pelo menos 1 mês (Critério A). O alimento parcialmente digerido é regurgitado sem náusea, esforço para vomitar, repugnância ou transtorno gastrointestinal aparentes. O alimento é então ejetado da boca ou, mais comumente, mastigado e engolido de novo. Os sintomas não são devido a uma condição gastrointestinal ou outra condição médica geral associada (por ex., síndrome de Sandifer, refluxo esofágico) (Critério B) e não ocorrem exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de Retardo Mental ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, eles devem ser suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente (Critério C). O transtorno é observado com maior frequência em bebês, mas pode ser visto em indivíduos mais velhos, particularmente naqueles que também apresentam Retardo Mental. Os bebês com o transtorno exibem uma posição característica de tensionar e arquear as costas com a cabeça estirada para trás, fazendo movimentos de sucção com a língua e dando a impressão de obterem satisfação com a atividade.

##### Características e Transtornos Associados

Os bebês com Transtorno de Ruminação em geral se mostram irritáveis e famintos entre os episódios de regurgitação. Embora o bebê se mostre faminto e consuma grandes quantidades de alimentos, pode ocorrer desnutrição, porque a regurgitação segue-se imediatamente. Podem ocorrer perda de peso, fracasso em fazer os ganhos de peso esperados e até mesmo a morte (com taxas relatadas de mortalidade chegando a 25%). A desnutrição parece ser menos provável em crianças mais velhas e adultos, nos quais o transtorno pode ser contínuo ou episódico. Problemas psicossociais tais como falta de estimulação, negligência, situações de vida estressantes e problemas no relacionamento pais-filho podem ser fatores predisponentes. Uma subestimulação do bebê pode ocorrer, caso o responsável se desencorage e se afaste, em razão de experiências mal-sucedidas de alimentação ou do mau cheiro do material regurgitado. Em alguns casos, também pode desenvolver-se o Transtorno de Alimentação da Primeira Infância. Em crianças mais velhas e adultos, o Retardo Mental é um fator predisponente.

### Prevalência

O Transtorno de Ruminação parece ser incomum. É possível que ocorra com maior frequência no sexo masculino.

### Curso

O início do Transtorno de Ruminação pode ocorrer no contexto de atrasos do desenvolvimento. A idade de início está entre os 3 e os 12 meses, exceto em indivíduos com Retardo Mental, nos quais o transtorno pode ocorrer em um estágio evolutivo um pouco mais tardio. Em bebês, o transtorno frequentemente apresenta remissão espontânea. Em alguns casos severos, entretanto, o curso é contínuo.

### Diagnóstico Diferencial

Em bebês, anomalias congênitas (por ex., estenose pilórica ou refluxo gastroesofágico) ou outras condições médicas gerais (por ex., infecções do sistema gastrointestinal) podem causar regurgitação do alimento e devem ser descartadas por exames físicos e laboratoriais apropriados. A ruminação deve ser diferenciada do vômito normal da primeira infância, pela natureza aparentemente voluntária da ruminação (por ex., observação de movimentos preparatórios característicos seguidos de regurgitação e movimentos de sucção ou mastigação que parecem agradáveis ao bebê). O Transtorno de Ruminação não é diagnosticado se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

### Critérios Diagnósticos para F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação

A. Regurgitação repetida e remastigação do alimento por um período de pelo menos 1 mês após um período de funcionamento normal.

B. O comportamento não é devido a uma condição gastrointestinal ou outra condição médica geral associada (por ex., refluxo esofágico).

C. O comportamento não ocorre exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de Retardo Mental ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, eles são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

## **F98.2 - 307.59 - Transtornos Alimentares da 1a. Infância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Alimentação da Primeira Infância é a persistente falha em comer ou mamar adequadamente, que se reflete como um fracasso significativo para ganhar peso ou uma perda de peso significativa ao longo de pelo menos 1 mês (Critério A). Não existe uma condição gastrointestinal ou outra condição médica geral (por ex., refluxo esofágico) suficientemente severa para explicar a perturbação alimentar (Critério B). A perturbação na alimentação não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ruminação) ou pela indisponibilidade de alimentos (Critério C). O início do transtorno deve ocorrer antes dos 6 anos de idade (Critério D).

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os bebês com transtornos da alimentação são, com frequência, especialmente irritáveis e difíceis de consolar durante a alimentação. Eles podem mostrar-se apáticos e retraídos, bem como apresentar atrasos no desenvolvimento. Em alguns casos, problemas na interação entre os pais e a criança podem contribuir para exacerbar o problema alimentar do bebê (por ex., apresentação inapropriada de alimentos ou responder à recusa do bebê a alimentar-se como se este fosse um ato de agressão ou rejeição). A ingesta calórica inadequada pode exacerbar os aspectos associados (por ex., irritabilidade, atrasos do desenvolvimento) e contribuir ainda mais para as dificuldades de alimentação. Fatores no bebê possivelmente associados com a condição incluem dificuldades neuroregulatórias (por ex., dificuldades no ciclo sono-vigília, regurgitação frequente, períodos imprevisíveis de alerta) e prejuízos do desenvolvimento preexistentes que tornam o bebê menos responsivo. Outros fatores que podem estar associados à condição incluem psicopatologia parental e abuso ou negligência à criança.

## Achados laboratoriais associados

Pode haver achados inespecíficos associados com a desnutrição, vistos ocasionalmente no Transtorno de Alimentação da Primeira Infância (por ex., anemia e baixa albumina sérica e proteínas totais). Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. A desnutrição pode estar presente e, em casos severos, acarretar risco de vida no Transtorno de Alimentação da Primeira Infância.

## Características Específicas à Idade e ao Gênero

Um início mais tardio (por ex., aos 2 ou 3 anos, ao invés de no primeiro ano de vida) está associado com menores graus de atraso no desenvolvimento e desnutrição, embora um retardo do crescimento possa ser observado. O Transtorno de Alimentação da Primeira Infância afeta igualmente ambos os sexos.

## Prevalência

De todas as baixas hospitalares pediátricas, 1-5% são por fracasso em obter o ganho de peso esperado, e até metade destas pode refletir perturbações na alimentação, sem qualquer condição médica geral visível predisponente.

## Curso

O Transtorno de Alimentação da Primeira Infância em geral tem seu início no primeiro ano de vida, mas pode aparecer em crianças de 2 ou 3 anos de idade. A maioria das crianças apresenta melhora no crescimento após períodos de tempo variáveis.

## Diagnóstico Diferencial

Problemas menores na alimentação são comuns na primeira infância. O diagnóstico de Transtorno de Alimentação da Primeira Infância deve ser feito apenas se o problema com a alimentação acarreta um fracasso significativo em ganhar peso ou uma perda importante de peso. Este transtorno não é diagnosticado se as perturbações na alimentação podem ser plenamente explicadas por uma condição gastrointestinal, endócrina ou neurológica. As crianças com uma [98]condição médica geral subjacente podem ser mais difíceis de alimentar, e o diagnóstico de Transtorno de Alimentação da Primeira Infância não deve ser feito nesses casos, a menos que o grau de perturbação tenha uma gravidade maior do que seria de se esperar com base apenas na condição médica geral. O diagnóstico é sugerido se existe melhora na alimentação e ganho de peso em resposta a uma mudança dos responsáveis pelos cuidados da criança.

## Critérios Diagnósticos para F98.2 - 307.59

### Transtorno de Alimentação da Primeira Infância

- A. Perturbação na alimentação, manifestada por fracasso persistente em comer ou mamar adequadamente, com fracasso significativo em ganhar peso ou perda significativa de peso ao longo de pelo menos 1 mês.
- B. A perturbação não se deve a uma condição gastrointestinal ou outra condição médica geral associada (por ex., refluxo esofágico).
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ruminação) ou pela indisponibilidade de alimentos.
- D. O início ocorre antes dos 6 anos de idade.

### **Transtornos Alimentares**

Os Transtornos Alimentares caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar. Esta seção inclui dois diagnósticos específicos, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. A Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A Bulimia Nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos auto-induzidos; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos. Uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal é a característica essencial tanto da Anorexia Nervosa quanto da Bulimia Nervosa. Uma categoria de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação também é oferecida para a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para um Transtorno Alimentar específico. A obesidade simples é incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) como uma condição médica geral, não aparecendo no DSM-IV porque não foi estabelecida uma associação consistente com uma síndrome psicológica ou comportamental. Entretanto, quando existem evidências da participação de fatores psicológicos na etiologia ou curso de determinado caso de obesidade, isto pode ser indicado anotando-se a presença de Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica. Os Transtornos de Alimentação vistos pela primeira vez durante a infância (isto é, Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno de Alimentação da Infância) são incluídos na seção "Transtornos de Alimentação da Primeira Infância".

- ANOREXIA NERVOSA
- BULIMIA NERVOSA

- TRANSTORNOS ALIMENTARES DA 1a. INFÂNCIA

## **Anorexia Nervosa**

### Características Diagnósticas

As características essenciais da Anorexia Nervosa são a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorréicas (o termo anorexia é uma designação incorreta, uma vez que a perda do apetite é rara). O indivíduo mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura (Critério A). Quando a Anorexia Nervosa se desenvolve em um indivíduo durante a infância ou início da adolescência, pode haver fracasso em fazer os ganhos de peso esperados (isto é, enquanto ganha altura), ao invés de uma perda de peso. O Critério A oferece uma orientação para determinar quando um indivíduo alcança o limiar para um peso abaixo do esperado. Ele sugere que o indivíduo pese menos que 85% do peso considerado normal para sua idade e altura (geralmente computado pelo uso de uma dentre as diversas versões publicadas das tabelas do Metropolitan Life Insurance ou de acordo com tabelas de crescimento usadas em pediatria). Uma orientação alternativa e algo mais rígida (usada nos Critérios de Diagnóstico para Pesquisas da CID-10) exige que o indivíduo tenha um índice de massa corporal (IMC) (calculado como peso em quilogramas/[altura em metros]<sup>2</sup>) igual ou inferior a 17,5 kg/m<sup>2</sup>. Esses recursos são oferecidos apenas como diretrizes sugeridas para o clínico, pois não é razoável especificar um único padrão para um peso normal mínimo, que se aplique a todos os indivíduos de determinada idade e altura. Ao determinar um peso normal mínimo, o clínico deve considerar não apenas essas diretrizes, como também a constituição corporal e a história ponderal do indivíduo. A perda de peso em geral é obtida, principalmente, através da redução do consumo alimentar total. Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos. Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes ou diuréticos) e exercícios intensos ou excessivos. Os indivíduos com este transtorno têm muito medo de ganhar peso ou ficar gordos (Critério B). Este medo intenso de engordar geralmente não é aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação com o ganho ponderal frequentemente aumenta à medida que o peso real diminui. A vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C). Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem "muito gordas". Eles podem empregar uma ampla variedade de técnicas para estimar seu peso, incluindo pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e uso persistente de um espelho para a verificação das áreas percebidas como "gordas". A auto-estima dos indivíduos com Anorexia Nervosa depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso

do autocontrole. Embora alguns indivíduos com este transtorno possam reconhecer que estão magros, eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição. Em mulheres pós-menarca, a amenorréia (devido a níveis anormalmente baixos de secreção de estrógenos que, por sua vez, devem-se a uma redução da secreção de hormônio folículo-estimulante [FSH] e hormônio luteinizante [LH] pela pituitária) é um indicador de disfunção fisiológica na Anorexia Nervosa (Critério D). A amenorréia em geral é uma consequência da perda de peso mas, em uma minoria dos indivíduos, pode na verdade precedê-la. Em mulheres pré-púberes, a menarca pode ser retardada pela doença. O indivíduo frequentemente é levado à atenção profissional por membros da família, após a ocorrência de uma acentuada perda de peso (ou fracasso em fazer os ganhos de peso esperados). Quando o indivíduo busca auxílio por conta própria, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das seqüelas somáticas e psicológicas da inanição. Raramente um indivíduo com Anorexia Nervosa se queixa da perda de peso em si. Essas pessoas frequentemente não possuem insight para o problema ou apresentam uma considerável negação quanto a este, podendo não ser boas fontes de sua história. Portanto, com frequência se torna necessário obter informações a partir dos pais ou outras fontes externas, para determinar o grau de perda de peso e outros aspectos da doença.

## Subtipos

Os seguintes subtipos podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de Anorexia Nervosa.

**Tipo Restritivo.** Este subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Durante o episódio atual, esses indivíduos não se envolveram com regularidades em compulsões periódicas ou purgações.

**Tipo Compulsão Periódica/Purgativo.** Este subtipo é usado quando o indivíduo se envolveu regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa que comem compulsivamente também fazem purgações mediante vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos incluídos neste subtipo não comem de forma compulsiva, mas fazem purgações regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos. Aparentemente, a maior parte dos indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo dedica-se a esses comportamentos pelo menos 1 vez por semana, mas não há informações suficientes que justifiquem a especificação de uma frequência mínima.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Quando seriamente abaixo do peso, muitos indivíduos com Anorexia Nervosa manifestam sintomas

depressivos, tais como humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído por sexo. Esses indivíduos podem ter apresentações sintomáticas que satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior. Uma vez que esses aspectos também são observados em indivíduos sem Anorexia Nervosa que estão restringindo severamente sua alimentação, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às seqüelas fisiológicas da semi-inanição. Os sintomas de perturbação do humor devem, portanto, ser reavaliados após uma recuperação completa ou parcial do peso. Características obsessivo-compulsivas, tanto relacionadas quanto não relacionadas com comida, com freqüência são proeminentes. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa preocupa-se excessivamente com alimentos. Alguns colecionam receitas ou armazenam comida. Observações de comportamentos associados com outras formas de restrição alimentar sugerem que as obsessões e compulsões relacionadas a alimentos podem ser causadas ou exacerbadas pela desnutrição. Quando os indivíduos com Anorexia Nervosa apresentam obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode ser indicado. Outras características ocasionalmente associadas com a Anorexia Nervosa incluem preocupações acerca de comer em público, sentimento de inutilidade, uma forte necessidade de controlar o próprio ambiente, pensamento inflexível, espontaneidade social limitada e iniciativa e expressão emocional demasiadamente refreadas. Comparados com indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Restritivo, aqueles com o Tipo Compulsão Periódica / Purgativo estão mais propensos a ter outros problemas de controle dos impulsos, a abusarem de álcool ou outras drogas, a exibirem maior instabilidade do humor e a serem sexualmente ativos.

#### Achados laboratoriais associados

Embora alguns indivíduos com Anorexia Nervosa não apresentem anormalidades laboratoriais, a característica de semi-inanição deste transtorno pode afetar sistemas orgânicos importantes e produzir uma variedade de distúrbios. A indução de vômitos e o abuso de laxantes, diuréticos e enemas podem também causar diversos distúrbios, produzindo achados laboratoriais anormais. Hematologia: Leucopenia e leve anemia são comuns; trombocitopenia ocorre raramente. Química: A desidratação pode ser refletida por um elevado nível de uréia sangüínea. Hipercolesterolemia é comum. Os testes de função hepática podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são encontradas ocasionalmente. A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica (elevado bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocalemia, e o abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Os níveis de iroxina sérica (T4) estão diminuídos. Hiperadrenocorticismo e resposta anormal a uma variedade de provocações neuroendócrinas são comuns. Em mulheres, baixos níveis de estrógeno sérico estão presentes, enquanto os homens têm baixos níveis de testosterona sérica. Existe uma regressão do eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal em ambos os sexos, no sentido de que o padrão de secreção de hormônio luteinizante (LH) em 24 horas assemelha-se àquele normalmente visto em indivíduos pré-púberes ou na puberdade. Eletrocardiografia: São observadas bradicardia sinusal e, raramente, arritmias. Eletroencefalografia: Anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem decorrer de distúrbios hidroeletrólíticos significativos. Imagens



cerebrais: Um aumento na razão ventricular-cerebral secundária à privação alimentar é vista com frequência. Dispendio de energia em repouso: Frequentemente está reduzido.

#### Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

Muitos dos sinais e sintomas físicos da Anorexia Nervosa são atribuíveis à inanição. Além da amenorréia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia. O achado que mais chama a atenção no exame físico é a aparência emaciada. Também pode haver hipotensão significativa, hipotermia e pele seca. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo (pêlos finos) no tronco. A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa apresenta bradicardia. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a restauração do peso ou na cessação do abuso de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias, em geral nas extremidades, podem indicar uma diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam um amarelamento da pele, associado com hiper胡萝卜素emia. A hipertrofia das glândulas salivares, particularmente das glândulas parótidas, pode estar presente. Os indivíduos que induzem vômito podem ter erosão do esmalte dentário e alguns têm cicatrizes ou calos no dorso das mãos, causados pelo contato com os dentes quando utilizam as mãos para induzir o vômito. A inanição da Anorexia Nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela acarretam condições médicas gerais significativas. Estas incluem o desenvolvimento de anemia normocítica normocrômica, prejuízo da função renal (associado com desidratação crônica e hipocalcemia), problemas cardiovasculares (hipotensão severa, arritmias), problemas dentários e osteoporose (consequência do baixo consumo e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e maior secreção de cortisol).

#### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão e África do Sul, mas poucos trabalhos sistemáticos examinaram a prevalência em outras culturas. Os indivíduos que emigraram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente podem desenvolver Anorexia Nervosa, à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza. Fatores culturais também podem influenciar as manifestações do transtorno. Por exemplo, em algumas culturas, a percepção distorcida do corpo pode não ser proeminente, podendo a motivação expressada para a restrição alimentar ter um conteúdo diferente, como desconforto epigástrico ou antipatia por certos alimentos. A Anorexia Nervosa raramente inicia antes da puberdade, mas existem indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser maior entre os indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Entretanto, também há dados que sugerem que quando a doença inicia durante os primeiros anos da adolescência (entre 13 e 18 anos de idade), ela pode estar associada

com um melhor prognóstico. Mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorrem em mulheres.

## Prevalência

Estudos sobre a prevalência entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5 a 1,0%, para apresentações que satisfazem todos os critérios para Anorexia Nervosa. Indivíduos que não atingem o limiar para o transtorno (isto é, com Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. Existem dados limitados envolvendo a prevalência deste transtorno em homens. A incidência de Anorexia Nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas.

## Curso

A idade média para o início da Anorexia Nervosa é de 17 anos, com alguns dados sugerindo picos bimodais aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. O aparecimento da doença frequentemente está associado com um acontecimento vital estressante, como sair de casa para cursar a universidade. O curso e o resultado da Anorexia Nervosa são altamente variáveis. Alguns indivíduos com Anorexia Nervosa se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Dos indivíduos baixados em hospitais universitários, a mortalidade a longo prazo por Anorexia Nervosa é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico.

## Padrão Familiar

Existe um risco aumentado de Anorexia Nervosa entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Um risco maior de Transtornos do Humor também foi constatado entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Anorexia Nervosa, particularmente parentes de indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Os estudos de Anorexia Nervosa em gêmeos descobriram taxas de concordância para gêmeos monozigóticos significativamente maiores do que para gêmeos dizigóticos.

## Diagnóstico Diferencial

Outras possíveis causas de perda significativa de peso devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de Anorexia Nervosa, especialmente quando as características apresentadas são atípicas (tais como início da doença após os 40 anos). Em condições médicas gerais (por ex., doença gastrointestinal, tumores cerebrais, condições malignas ocultas e síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS]) pode ocorrer séria perda de peso, mas os indivíduos com esses transtornos em geral não têm uma imagem distorcida de seus corpos e um desejo de perder ainda mais peso. A síndrome da artéria mesentérica superior (caracterizada por vômitos pós-prandiais secundários à obstrução intermitente da saída gástrica) deve ser diferenciada da Anorexia Nervosa, embora esta síndrome possa ocasionalmente se desenvolver em indivíduos com Anorexia Nervosa, em razão de seu estado emaciado. No Transtorno Depressivo Maior pode ocorrer uma severa perda de peso, mas a maioria dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior não tem um desejo excessivo de perder peso ou um medo excessivo de ganhar peso. Na Esquizofrenia, os indivíduos podem apresentar um comportamento alimentar incomum e ocasionalmente experimentar uma perda de peso significativa, mas raramente demonstram o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal, necessários para um diagnóstico de Anorexia Nervosa. Algumas das características da Anorexia Nervosa fazem parte dos conjuntos de critérios para Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Dismórfico Corporal. Especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou embaraçados por serem vistos comendo em público, como na Fobia Social; podem apresentar obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ou preocupar-se com um defeito imaginário em sua aparência física, como no Transtorno Dismórfico Corporal. Se os temores de um indivíduo com Anorexia Nervosa se restringem unicamente ao comportamento alimentar, o diagnóstico de Fobia Social não deve ser feito, mas os temores sociais que não têm relação com o comportamento alimentar (por ex., medo excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de Fobia Social. Da mesma forma, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser considerado apenas se o indivíduo apresenta obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos (por ex., um medo excessivo de contaminação) e um diagnóstico adicional de Transtorno Dismórfico Corporal deve ser considerado apenas se a distorção não está relacionada à forma e ao tamanho do corpo (por ex., preocupação de que seu nariz seja grande demais). Na Bulimia Nervosa, os indivíduos apresentam episódios recorrentes de comer compulsivo, envolvem-se em comportamentos inadequados para evitarem ganhar peso (por ex., vômito auto-induzido) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso do corpo. Entretanto, à diferença dos indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, os indivíduos com Bulimia Nervosa são capazes de manter um peso corporal no nível normal mínimo ou acima deste.

#### Critérios Diagnósticos para F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado

durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno.)

Especificar tipo: Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

## **Bulimia Nervosa**

### Características Diagnósticas

As características essenciais da Bulimia Nervosa consistem de compulsões periódicas e métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso. Além disso, a auto-avaliação dos indivíduos com Bulimia Nervosa é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Para qualificar o transtorno, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana por 3 meses (Critério C). Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares (Critério A1). O clínico deve considerar o contexto no qual a compulsão periódica ocorreu — o que seria considerado um consumo excessivo em uma refeição comum poderia ser considerado normal durante uma celebração ou uma ceia festiva. Um "período limitado de tempo" refere-se a um período definido, geralmente durando menos de 2 horas. Um episódio isolado de compulsão periódica não precisa ser restrito a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar um episódio em um restaurante e continuá-lo ao voltar para casa. O ato de ingerir continuamente pequenas quantidades de comida durante o dia inteiro não seria considerado uma compulsão periódica. Embora varie o tipo de alimento consumido durante os ataques de hiperfagia, ele tipicamente inclui doces e alimentos com alto teor calórico, tais como sorvetes ou bolos. Entretanto, as compulsões periódicas parecem caracterizar-se mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por uma avidez por determinados nutrientes, como carboidratos. Embora os

indivíduos com Bulimia Nervosa, durante um episódio de compulsão periódica, possam consumir mais calorias do que as pessoas sem Bulimia Nervosa consomem durante uma refeição, a proporção de calorias derivadas de proteínas, gorduras e carboidratos é similar. Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. As compulsões periódicas geralmente ocorrem em segredo, ou tão inconspicuamente quanto possível. Um episódio pode, ou não, ser planejado de antemão e em geral (mas nem sempre) é caracterizado por um consumo rápido. A compulsão periódica freqüentemente prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável, ou mesmo dolorosamente repleto. A compulsão periódica é tipicamente desencadeada por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. A compulsão periódica pode reduzir temporariamente a disforia, mas autocríticas e humor deprimido freqüentemente ocorrem logo após. Um episódio de compulsão periódica também se acompanha de um sentimento de falta de controle (Critério A2). Um indivíduo pode estar em um estado frenético enquanto leva a efeito a compulsão, especialmente no curso inicial do transtorno. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante ou após os episódios de compulsão periódica. Após a Bulimia Nervosa ter persistido por algum tempo, os indivíduos podem afirmar que seus episódios compulsivos não mais se caracterizam por um sentimento agudo de perda do controle, mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade em resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado. O prejuízo no controle associado com a compulsão periódica da Bulimia Nervosa não é absoluto, já que, por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo enquanto o telefone toca, mas interromper o comportamento se um colega ou o cônjuge ingressar inesperadamente no mesmo aposento. Outra característica essencial da Bulimia Nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso (Critério B). Muitos indivíduos com Bulimia Nervosa empregam diversos métodos em suas tentativas de compensarem a compulsão periódica. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Este método purgativo é empregado por 80 a 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa que se apresentam para tratamento em clínicas de transtornos alimentares. Os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, o vômito torna-se um objetivo em si mesmo, de modo que a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma pequena quantidade de alimento. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem usar uma variedade de métodos para a indução de vômitos, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo de vômito. Os indivíduos em geral se tornam hábeis na indução de vômitos e por fim são capazes de vomitar quando querem. Raramente, os indivíduos consomem xarope de ipeca para a indução do vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Aproximadamente um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa utiliza laxantes após um ataque de hiperfagia. Raramente, os indivíduos com este transtorno utilizam enemas após os episódios compulsivos, mas este quase nunca é o único método compensatório empregado. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem jejuar por um dia ou mais ou exercitar-se excessivamente na tentativa de compensar o comer compulsivo. Exercícios podem ser considerados excessivos quando interferem significativamente em atividades importantes, quando

ocorrem em momentos ou contextos inadequados ou quando o indivíduo continua se exercitando apesar de lesionado ou de outras complicações médicas. Raramente, os indivíduos com este transtorno podem tomar hormônio da tiróide na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diabetes melito e Bulimia Nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina, para reduzir o metabolismo dos alimentos consumidos durante os ataques de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto-avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da auto-estima (Critério D). As pessoas com o transtorno podem ter estreita semelhança com as que têm Anorexia Nervosa, em seu medo de ganhar peso, em seu desejo de perder peso e no nível de insatisfação com seu próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de Bulimia Nervosa não deve ser dado quando a perturbação ocorre apenas durante episódios de Anorexia Nervosa (Critério E).

### Subtipos

Os seguintes subtipos podem ser usados para especificar a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica:

**Tipo Purgativo.** Este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

**Tipo Sem Purgação.** Este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

### Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente estão dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam estar com um peso levemente acima ou abaixo do normal. O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos moderada e morbidamente obesos. Há indícios de que, antes do início do Transtorno Alimentar, os indivíduos com Bulimia Nervosa estão mais propensos ao excesso de peso do que seus pares. Entre os episódios compulsivos, os indivíduos com o transtorno tipicamente restringem seu consumo calórico total e selecionam preferencialmente alimentos com baixas calorias (diet) evitando alimentos que percebem como engordantes ou que provavelmente ativarão um ataque de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam uma frequência maior de sintomas depressivos (por ex., baixa auto-estima) ou Transtornos do Humor (particularmente Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior). Em muitas ou na maior parte dessas pessoas, o distúrbio do humor começa simultaneamente ou segue o desenvolvimento da Bulimia Nervosa, sendo que com frequência atribuem sua perturbação do humor à Bulimia Nervosa. Também pode

haver maior frequência de sintomas de ansiedade (por ex., medo de situações sociais) ou Transtornos de Ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da Bulimia Nervosa. Em cerca de um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa ocorre Abuso ou Dependência de Substâncias, particularmente envolvendo álcool e estimulantes. O uso de estimulantes freqüentemente começa na tentativa de controlar o apetite e o peso. É provável que 30 a 50% dos indivíduos com Bulimia Nervosa também tenham características de personalidade que satisfaçam os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade (mais freqüentemente Transtorno da Personalidade Borderline). Evidências preliminares sugerem que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Purgativo, apresentam mais sintomas depressivos e maior preocupação com a forma e o peso do que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação. Achados laboratoriais associados. O comportamento purgativo freqüente de qualquer espécie pode produzir anormalidades hidroeletrólíticas, mais comumente hipocalemia, hiponatremia e hipocloremia. A perda de ácido gástrico por meio dos vômitos pode produzir uma alcalose metabólica (bicarbonato sérico elevado) e a freqüente indução de diarreia pelo abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam níveis levemente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo um aumento da isoenzima salivar.

#### Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

O vômito recorrente acaba levando a uma perda significativa e permanente do esmalte dentário, especialmente das superfícies linguais dos dentes da frente. Esses dentes podem lascar e ter uma aparência serrilhada e corroída. Também pode haver uma maior frequência de cáries dentárias. Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, particularmente as glândulas parótidas, podem tornar-se notavelmente hipertróficas. Os indivíduos que induzem vômitos pela estimulação manual da glote podem desenvolver calos e cicatrizes na superfície dorsal da mão, por traumas repetidos produzidos pelos dentes. Sérias miopatias cardíacas e esqueléticas foram relatadas entre indivíduos que regularmente utilizam xarope de ipeca para a indução de vômitos. Irregularidades menstruais ou amenorréia algumas vezes ocorrem em mulheres com Bulimia Nervosa; ainda não foi definido com certeza se essas perturbações estão relacionadas com as flutuações de peso, com deficiências nutricionais ou com o estresse emocional. Os indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes deles para estimularem os movimentos intestinais. As perturbações hidroeletrólíticas resultantes do comportamento purgativo algumas vezes são suficientemente severas para constituírem problemas clinicamente sérios. Complicações raras, porém fatais, incluem rupturas do esôfago, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Comparados com indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação, os indivíduos com o Tipo Purgativo estão muito mais propensos a ter problemas físicos, tais como distúrbios hidroeletrólíticos.

#### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

A Bulimia Nervosa ocorre, conforme relatado, com frequências aproximadamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Poucos estudos examinaram a prevalência da Bulimia Nervosa em outras culturas. Em estudos clínicos da Bulimia Nervosa nos Estados Unidos, os indivíduos com este transtorno eram principalmente brancos, mas o transtorno também foi relatado entre outros grupos étnicos. Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa são mulheres. Alguns dados sugerem que os homens com Bulimia Nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com o transtorno.

### Prevalência

A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%; a taxa de ocorrência deste transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres.

### Curso

A Bulimia Nervosa começa ao final da adolescência ou início da idade adulta. A compulsão periódica frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. O resultado da Bulimia Nervosa a longo prazo é desconhecido.

### Padrão Familiar

Diversos estudos sugerem uma maior frequência de Bulimia Nervosa, de Transtornos do Humor e de Abuso e Dependência de Substância em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Bulimia Nervosa. Uma tendência familiar para a obesidade pode existir, mas não foi definitivamente comprovada.

### Diagnóstico Diferencial

Os indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorre apenas durante a Anorexia Nervosa recebem o diagnóstico de Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, e não devem receber o diagnóstico adicional de Bulimia Nervosa. Para um indivíduo com episódios compulsivos e purgações cuja apresentação, no entanto, não mais satisfaz todos os critérios para Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo (por ex., quando o peso se normalizou ou a



menstruação tornou-se regular), o julgamento clínico ditará se o diagnóstico atual mais adequado é de Anorexia Nervosa/Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, Em Remissão Parcial, ou de Bulimia Nervosa. Em certas condições neurológicas ou outras condições médicas gerais, tais como a síndrome de Kleine-Levin, existe uma perturbação do comportamento alimentar, mas os aspectos psicológicos característicos da Bulimia Nervosa, tais como preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo, não estão presentes. A hiperfagia é comum em um Transtorno Depressivo Maior, Com Características Atípicas, mas esses indivíduos não se dedicam a um comportamento compensatório inadequado nem demonstram a característica preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo. Se são satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, devem ser dados ambos os diagnósticos. O comportamento de compulsão periódica é incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do Transtorno da Personalidade Borderline. Se todos os critérios para os dois transtornos são satisfeitos, podem ser dados ambos os diagnósticos.

### Critérios Diagnósticos para F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

- A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos: (1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo)
- B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou

exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

### **F50.9 - 307.50 Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico. Exemplos: 1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares. 2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal. 3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses. 4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos). 5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos. 6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.

### **Transtorno de Tiques**

Quatro transtornos estão incluídos nesta seção

- Transtorno de Tourette
- Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico
- Transtorno de Tique Transitório
- Transtorno de Tique Sem Outra Especificação

Um tique é um movimento motor ou uma vocalização súbita, rápida, recorrente, sem ritmo e estereotipada. Ele é experimentado como algo incoercível, mas pode ser suprimido por períodos variáveis de tempo. Todas as formas de tique podem ser exacerbadas pelo estresse e atenuadas durante algumas atividades absorventes (por ex., ler ou coser), sendo em geral acentuadamente diminuídos durante o sono. Ambos os tiques, motor e vocal, podem ser classificados como simples ou complexos, embora os limites entre os dois não estejam bem definidos.

Os tiques motores simples comuns incluem piscar os olhos, contrair o pescoço, encolher os ombros, fazer caretas e tossir. Os tiques vocais simples comuns incluem pigarrear, grunhir, fungar, bufar e emitir sons guturais. Os tiques motores complexos comuns incluem gestos faciais, comportamentos afetados, saltar, tocar, bater o pé e cheirar objetos.

Os tiques vocais complexos comuns incluem repetições de palavras ou frases fora de contexto, coprolalia (uso de palavras socialmente inaceitáveis, frequentemente obscenas), palilalia (repetição dos próprios sons ou palavras) e ecolalia (repetição da última palavra, som ou frase ouvida). Outros tiques complexos incluem ecocinesia (imitação dos movimentos de outra pessoa).

## Diagnóstico Diferencial

Os transtornos de tique devem ser diferenciados de outros tipos de movimentos anormais que podem acompanhar condições médicas gerais (por ex., doença de Huntington, acidente cérebro-vascular, síndrome de Lesch-Nyhan, doença de Wilson, coréia de Sydenham, esclerose múltipla, encefalite pós-viral, traumatismo craniano) ou podem ser devido aos efeitos diretos de uma substância (por ex., um medicamento neuroléptico).

Os movimentos coreiformes consistem de movimentos de dança, aleatórios, irregulares e não-repetitivos. Os movimentos distônicos são movimentos mais lentos e giratórios que ocorrem entre estados prolongados de tensão muscular.

Os movimentos atetóides são movimentos lentos e irregulares de contração, mais frequentemente dos dedos das mãos e dos pés, mas Os movimentos mioclônicos são contrações musculares breves, tipo choque, que podem afetar partes dos músculos ou grupos musculares, porém não sinergisticamente. Os movimentos hemibalísticos são movimentos intermitentes, grosseiros, amplos e unilaterais dos membros.

Os espasmos são movimentos estereotipados, mais lentos e mais prolongados do que os tiques, envolvendo grupos de músculos. O espasmo hemifacial consiste de contrações irregulares, repetitivas e unilaterais dos músculos faciais. A sincinesia envolve um movimento involuntário que acompanha outro, voluntário (por ex., movimento do canto da boca quando a pessoa tenciona fechar um olho).

Esta diferenciação é facilitada ainda mais pela consideração da presença de características de uma condição médica geral subjacente (por ex., história familiar característica na doença de Huntington) ou uma história de uso de medicamentos.

Quando os tiques são uma consequência direta do uso de medicamentos, aplica-se um diagnóstico de Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação, ao invés de Transtorno de Tique.

Em alguns casos, certos medicamentos (por ex., metilfenidato) podem exacerbar um Transtorno de Tique preexistente, não havendo necessidade, nestes casos, de nenhum diagnóstico adicional de transtorno induzido por medicamento.

Os tiques também devem ser diferenciados dos movimentos estereotipados vistos no Transtorno de Movimentos Estereotipados e em Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. A diferenciação entre os tiques simples (por ex., piscar os olhos) e

os movimentos complexos característicos dos movimentos estereotipados é relativamente fácil.

A distinção entre os tiques motores complexos e os movimentos estereotipados é menos simples. Em geral, os movimentos estereotipados parecem ser mais direcionados e intencionais, enquanto os tiques apresentam uma qualidade mais involuntária e não são rítmicos.

Os tiques devem ser diferenciados das compulsões (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), que são tipicamente bastante complexas e executadas em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Comparados à compulsão, os tiques são tipicamente menos complexos e não visam a neutralizar a ansiedade resultante de uma obsessão.

Alguns indivíduos manifestam sintomas tanto de Transtorno Obsessivo-Compulsivo quanto de Transtorno de Tique (especialmente Transtorno de Tourette), de modo que ambos os diagnósticos podem ser indicados. Certos tiques motores ou vocais (por ex., tóssidos, ecolalia, palilalia) devem ser diferenciados do comportamento desorganizado ou catatônico da Esquizofrenia.

Os Transtornos de Tique podem ser diferenciados entre si com base na duração e variedade dos tiques e idade do início. O Transtorno de Tique Transitório inclui tiques motores e/ou vocais que duram pelo menos 4 semanas, mas não mais de 12 meses consecutivos. O Transtorno de Tourette e o Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico têm, cada um, uma duração de mais de 12 meses, mas são diferenciados pela exigência, para o Transtorno de Tourette, da existência de múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal.

O Transtorno de Tique Sem Outra Especificação aplica-se a apresentações clinicamente significativas com duração inferior a 4 semanas, apresentações com uma idade de início acima dos 18 anos e para o caso incomum de um indivíduo com apenas um tique motor e vocal.

## **F95.2 - 307.23 - TRANSTORNO DE TOURETTE - DSM.IV**

### **Características Diagnósticas**

As características essenciais do Transtorno de Tourette são múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais (Critério A). Esses podem aparecer simultaneamente ou em diferentes períodos, durante a doença. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, de forma recorrente, [100]ao longo de um período superior a 1 ano (Critério B).

Durante este período, jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O início do transtorno ocorre antes dos 18 anos de idade (Critério D). Os tiques não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex.,

estimulantes) ou a uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral) (Critério E).

A localização anatômica, o número, a frequência, a complexidade e a gravidade dos tiques mudam com o tempo. Eles tipicamente envolvem a cabeça e, com frequência, outras partes do corpo, tais como tronco e membros inferiores. Os tiques vocais incluem várias palavras ou sons como estalos, grunhidos, ganidos, fungadas, espirros e tosse.

A coprolalia, um tique vocal complexo envolvendo a verbalização de obscenidades, está presente em alguns indivíduos (menos de 10%) com este transtorno. Pode haver a presença de tiques motores complexos envolvendo toques, agachar-se, fazer profundas flexões dos joelhos, refazer os próprios passos e girar o tronco enquanto caminha.

Em aproximadamente metade dos indivíduos com este transtorno, os primeiros sintomas são surtos de um tique isolado, mais frequentemente piscar os olhos, menos comumente tiques envolvendo uma outra parte da face ou do corpo. Os sintomas iniciais também podem incluir a protrusão da língua, agachar-se, fungar, saltitar, pular, pigarrear, gaguejar, vocalização de sons ou palavras e coprolalia. Os outros casos iniciam com sintomas múltiplos.

### Características e Transtornos Associados

Os sintomas mais comumente associados ao Transtorno de Tourette são obsessões e compulsões. Hiperatividade, distração e impulsividade também são relativamente comuns. Desconforto social com a sensação de estar sendo observado pelos outros, vergonha e humor deprimido frequentemente ocorrem.

O funcionamento social, acadêmico ou ocupacional pode estar prejudicado, em vista da rejeição pelos outros ou ansiedade quanto a ter os tiques em situações sociais. Em casos severos de Transtorno de Tourette, os tiques podem interferir diretamente nas atividades diárias (por ex., ler ou escrever).

Complicações raras do Transtorno de Tourette incluem ferimentos físicos, tais como cegueira devido a descolamento da retina (por bater a cabeça ou golpear-se), problemas ortopédicos (por flexionar os joelhos, virar excessivamente o pescoço ou a cabeça) e problemas cutâneos (por beliscar-se).

A gravidade dos tiques pode ser exacerbada pela administração de estimulantes do sistema nervoso central, estando relacionada à dose. Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno da Aprendizagem podem estar associados com o Transtorno de Tourette.

## Aspectos Específicos à Cultura e ao Gênero

O Transtorno de Tourette tem sido amplamente relatado em diversos grupos raciais e étnicos. O transtorno é aproximadamente 1,5-3 vezes mais comum no sexo masculino.

## Prevalência

O Transtorno de Tourette ocorre em aproximadamente 4-5 em cada 10.000 indivíduos.

## Curso

O Transtorno de Tourette pode iniciar já aos 2 anos; geralmente ele principia durante a infância ou início da adolescência e, por definição, antes dos 18 anos. A idade média de início para os tiques motores é de 7 anos. A duração do transtorno em geral é vitalícia, embora possam ocorrer períodos de remissão durando de semanas a anos.

Na maioria dos casos, a gravidade, frequência e variabilidade dos sintomas diminuem durante a adolescência e idade adulta. Em outros casos, os sintomas desaparecem por completo, geralmente no início da idade adulta.

## Padrão Familiar

A vulnerabilidade ao Transtorno de Tourette e transtornos relacionados é transmitida segundo um padrão autossômico dominante. "Vulnerabilidade" implica que a criança recebe a base genética ou constitucional para o desenvolvimento de um Transtorno de Tique; o tipo exato ou a gravidade do transtorno pode variar de uma geração para outra. Nem todos os que herdaram a vulnerabilidade genética expressarão os sintomas de um Transtorno de Tique.

A penetrância em portadores do gene femininos é de cerca de 70%; a penetrância em portadores do gene masculinos é de cerca de 99%. A faixa de formas pelas quais pode ser expressada a vulnerabilidade inclui Transtorno de Tourette pleno, Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico, algumas formas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e, talvez, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em cerca de 10% dos indivíduos com Transtorno de Tourette, não existem evidências de um padrão familiar. Os indivíduos com essas formas "não-genéticas" de Transtorno de Tourette ou de um outro transtorno de tique com frequência têm um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Invasivo do Desenvolvimento) ou uma condição médica geral (por ex., um transtorno convulsivo).

## Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Transtornos de Tique.

#### Critérios Diagnósticos para F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette

- A. Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante a doença, embora não necessariamente ao mesmo tempo. (Um tique é um movimento ou vocalização súbita, rápida, recorrente, não rítmica e estereotipada.)
- B. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia (geralmente em ataques) quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de 1 ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos.
- C. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O início dá-se antes dos 18 anos de idade.
- E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., estimulantes) ou a uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

#### **F95.1- 307.22 TRANSTORNO DE TIQUE MOTOR OU VOCAL CRÔNICO -** Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico é a presença de tiques motores ou vocais, mas não de ambos (Critério A). Isto o distingue do Transtorno de Tourette, no qual deve haver múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais. Os outros aspectos essenciais (Critérios B, C, D e E) são os mesmos do Transtorno de Tourette.

Um diagnóstico de Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico não pode ser feito se alguma vez foram preenchidos os critérios para Transtorno de Tourette (Critério F). As outras características do Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico em geral são as mesmas do Transtorno de Tourette, exceto que a gravidade dos sintomas e o prejuízo funcional comumente são muito menores.

É possível que o Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico e o Transtorno de Tourette estejam geneticamente relacionados, uma vez que com frequência ocorrem nas mesmas famílias.

#### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para os Transtornos de Tique.

## Critérios Diagnósticos para F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico

A. Tiques motores ou vocais, mas não ambos, isolados ou múltiplos (isto é, movimentos ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas e estereotipadas), estiveram presentes em algum momento durante a doença.

B. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, quase todos os dias ou intermitentemente, durante um período de mais de 1 ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos.

C. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O início dá-se antes dos 18 anos de idade.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., estimulantes) ou a uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

F. Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Tourette.

## **F95.0 - 307.21 - TRANSTORNO DE TIQUE TRANSITÓRIO - DSM.IV**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Tique Transitório é a presença de tiques motores e/ou vocais, isolados ou múltiplos (Critério A). Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 semanas, mas não mais do que 12 meses consecutivos (Critério B).

Os demais aspectos essenciais (Critérios C, D e E) são os mesmos do Transtorno de Tourette. O Transtorno de Tique Transitório não é diagnosticado se em algum momento foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Tourette ou Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico (que requerem, ambos, uma duração mínima de 1 ano) (Critério F).

As demais características do transtorno em geral são as mesmas do Transtorno de Tourette, exceto que a gravidade dos sintomas e o prejuízo funcional são habitualmente muito mais tênues.

### Especificadores



O curso do Transtorno de Tique Transitório pode ser indicado especificando-se Episódio Único ou Recorrente.

### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para os Transtornos de Tique.

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Tique Transitório é a presença de tiques motores e/ou vocais, isolados ou múltiplos (Critério A). Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 semanas, mas não mais do que 12 meses consecutivos (Critério B). Os demais aspectos essenciais (Critérios C, D e E) são os mesmos do Transtorno de Tourette.

O Transtorno de Tique Transitório não é diagnosticado se em algum momento foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Tourette ou Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico (que requerem, ambos, uma duração mínima de 1 ano) (Critério F).

As demais características do transtorno em geral são as mesmas do Transtorno de Tourette, exceto que a gravidade dos sintomas e o prejuízo funcional são habitualmente muito mais tênues.

### Especificadores

O curso do Transtorno de Tique Transitório pode ser indicado especificando-se Episódio Único ou Recorrente.

### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para os Transtornos de Tique.

### Critérios Diagnósticos para F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório

A. Tiques motores e/ou tiques vocais, isolados ou múltiplos (isto é, movimentos ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas e estereotipadas).

B. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 semanas, mas por não mais de 12 meses consecutivos.

C. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas da vida do indivíduo.

D. O início dá-se antes dos 18 anos de idade.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., estimulantes) ou a uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

F. Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Tourette ou Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico.

Especificar se: Episódio Único ou Recorrente.

## **Transtornos de Eliminação**

Transtornos da Excreção - Encr

- Encoprese
- Enurese

### **Encoprese.**

Características Diagnósticas

A característica essencial da Encoprese é a evacuação repetida de fezes em locais inadequados (por ex., roupas ou chão) (Critério A). Com maior frequência, trata-se de um ato involuntário, mas ocasionalmente pode ser intencional. O evento deve ocorrer pelo menos uma vez por mês por no mínimo 3 meses (Critério B), e a idade cronológica da criança deve ser de pelo menos 4 anos (ou, para crianças com atrasos no desenvolvimento, uma idade mental mínima de 4 anos) (Critério C). A incontínência fecal não deve ser devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., laxantes) ou a uma condição médica geral, exceto através de um mecanismo envolvendo obstipação (Critério D). Quando a evacuação é involuntária, ao invés de intencional, ela frequentemente está relacionada à obstipação, impactação e retenção de fezes com hiperfluxo subsequente. A primeira obstipação pode desenvolver-se por razões psicológicas (por ex., ansiedade acerca de defecar em determinado local ou um padrão mais geral de comportamento ansioso ou de oposição), levando a evitar a defecação. As predisposições fisiológicas à obstipação incluem desidratação associada com doença febril, hipotireoidismo ou efeito colateral de um medicamento. Uma vez que a obstipação se desenvolva, ela pode ser complicada por uma fissura anal, defecação dolorosa e retenção fecal adicional. A consistência das fezes pode variar: em alguns indivíduos, a consistência pode ser normal ou próxima ao normal, mas podem ser líquidas em indivíduos com incontínência por hiperfluxo secundária à retenção fecal.

Subtipos

A encoprese é codificada de acordo com o subtipo que caracteriza a apresentação:

R15 - 787.6 Com Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo. Existem evidências de obstipação no exame físico ou na anamnese. As fezes são caracteristicamente (mas não invariavelmente) mal formadas e o vazamento é contínuo, ocorrendo tanto durante o dia quanto durante o sono. Apenas quantidades pequenas de fezes são evacuadas quando o indivíduo tenciona defecar, e a incontinência resolve-se após o tratamento da constipação. F98.1 - 307.7 Sem Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo. Não existem evidências de constipação no exame físico ou na anamnese. As fezes tendem a ser normais e consistentes e a defecação involuntária é intermitente. As fezes podem ser depositadas em um local de destaque, o que está geralmente associado com a presença de Transtorno Desafiador Opositivo ou Transtorno da Conduta ou pode ser a consequência de masturbação anal.

### Características e Transtornos Associados

A criança com encoprese com frequência sente vergonha e pode ter o desejo de evitar situações (por ex., acampamentos ou escola) que poderiam provocar embaraços. O grau de prejuízo está relacionado ao efeito sobre a auto-estima da criança, seu grau de ostracismo social por seus companheiros e raiva, punição e rejeição por parte dos responsáveis por seus cuidados. O fato de a criança sujar-se com fezes pode ser deliberado ou acidental, resultando de sua tentativa de limpar ou esconder as fezes evacuadas involuntariamente. Quando a incontinência é claramente deliberada, características de Transtorno Desafiador Opositivo ou Transtorno da Conduta também podem estar presentes. Muitas crianças com encoprese também têm enurese.

### Prevalência

Estima-se que aproximadamente 1% das crianças com 5 anos de idade têm encoprese, o transtorno sendo mais comum no sexo masculino.

### Curso

A encoprese não é diagnosticada até que a criança tenha atingido uma idade cronológica de no mínimo 4 anos (ou, para crianças com atrasos do desenvolvimento, uma idade mental mínima de 4 anos). O treinamento inadequado e inconsistente do controle esfíncteriano e o estresse psicossocial (por ex., ingresso na escola ou o nascimento de um irmão) podem ser fatores predisponentes. Dois tipos de curso foram descritos: um tipo "primário", no qual o indivíduo jamais estabeleceu a continência fecal, e um tipo "secundário", no qual a perturbação se desenvolveu após um período

de continência fecal estabelecida. A encoprese pode persistir com exacerbações intermitentes por anos, mas raramente se torna crônica.

### Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de Encoprese na presença de uma condição médica geral aplica-se apenas se o mecanismo envolve constipação. A incontinência fecal relacionada a outras condições médicas gerais (por ex., diarreia crônica) não indica um diagnóstico do DSM-IV de Encoprese.

### Critérios Diagnósticos para Encoprese

- A. Evacuação repetida de fezes em locais inadequados (por ex., nas roupas ou no chão), involuntária ou intencional.
- B. Pelo menos um desses eventos uma vez por mês por no mínimo 3 meses.
- C. Idade cronológica de pelo menos 4 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
- D. O comportamento não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., laxantes) ou a uma condição médica geral, exceto através de um mecanismo envolvendo constipação.

Codificar se: R15 - 787.6 Com Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo F98.1 - 307.7 Sem Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo

### **F98.0 - 307.6 - Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da enurese é a micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa (Critério A). Isto ocorre com maior frequência de forma involuntária, mas ocasionalmente pode ser intencional. Para corresponder a um diagnóstico de Enurese, a micção deve ocorrer no mínimo duas vezes por semana por pelo menos 3 meses, ou então deve causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes na vida do indivíduo (Critério B). Este deve ter alcançado uma idade na qual a continência é esperada (isto é, a idade cronológica da criança deve ser de no mínimo 5 anos, ou, para crianças com atrasos do desenvolvimento, uma idade mental de no mínimo 5 anos) (Critério C). A incontinência urinária não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., diuréticos) ou a uma condição médica geral (por ex., diabete, espinha bífida, transtorno convulsivo) (Critério D).

## Subtipos

A situação na qual a Enurese ocorre pode ser anotada com base em um dos seguintes subtipos:

**Apenas Noturna.** Este é o subtipo mais comum, definido como a passagem da urina apenas durante o sono noturno. O evento enurético tipicamente ocorre durante o primeiro terço da noite. Às vezes, o esvaziamento ocorre durante o estágio do sono de movimentos oculares rápidos (REM), podendo a criança recordar um sonho que envolvia o ato de urinar.

**Apenas Diurna.** Este subtipo é definido como a passagem da urina durante as horas de vigília. A Enurese Diurna é mais comum no sexo feminino, sendo incomum após os 9 anos. O evento enurético ocorre mais habitualmente nas primeiras horas da tarde, em dias de escola. A enurese diurna ocasionalmente se deve à relutância em usar o banheiro, em virtude de ansiedade social ou de uma preocupação com a escola ou com a atividade lúdica.

**Noturna e Diurna.** Este subtipo é definido como uma combinação dos dois subtipos acima.

## Características e Transtornos Associados

O grau de prejuízo associado à Enurese decorre das limitações impostas às atividades sociais da criança (por ex., incapacidade de pernoitar em acampamentos) ou seu efeito sobre a auto-estima, o nível de ostracismo social pelos companheiros e a raiva, punição e rejeição por parte dos responsáveis por seus cuidados. Embora a maior parte das crianças com Enurese não apresente um transtorno [107]mental coexistente, a prevalência de transtornos mentais e outros transtornos do desenvolvimento concomitantes é superior à da população em geral. Encoprese, Transtorno de Sonambulismo e Transtorno de Terror Noturno podem estar presentes. Infecções do trato urinário são mais comuns em crianças com Enurese, especialmente do Tipo Diurno, do que naquelas que apresentam continência. A Enurese geralmente persiste após o tratamento apropriado de uma infecção associada. Diversos fatores predisponentes foram sugeridos, incluindo treinamento atrasado ou negligente do controle esfinteriano, estresse psicossocial, uma disfunção na capacidade de concentrar a urina e um limiar de volume vesical mais baixo para o esvaziamento involuntário.

## Prevalência

A prevalência da Enurese aos 5 anos é de 7% para o sexo masculino e 3% para o sexo feminino; aos 10 anos, a prevalência é de 3% para o sexo masculino e 2% para o

sexo feminino; aos 18 anos, a prevalência é de 1% para o sexo masculino e menos de 1% para o sexo feminino.

## Curso

Dois tipos de curso de Enurese foram descritos: um tipo "primário", no qual o indivíduo jamais estabeleceu a continência urinária, e um tipo "secundário", no qual a perturbação se desenvolve após um período de continência urinária estabelecida. Por definição, a Enurese primária inicia-se aos 5 anos. A Enurese secundária inicia-se mais freqüentemente entre 5 e 8 anos de idade, mas o transtorno pode ocorrer a qualquer momento. Após os 5 anos, a taxa de remissão espontânea está entre 5 e 10% ao ano. A maioria das crianças com o transtorno torna-se continente na adolescência, mas em aproximadamente 1% dos casos o transtorno persiste até a idade adulta.

## Padrão Familiar

Aproximadamente 75% de todas as crianças com Enurese têm um parente biológico em primeiro grau com o transtorno. A concordância para o transtorno geralmente é maior nos gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos.

## Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Enurese não é feito na presença de bexiga neurogênica ou de uma condição médica geral que cause poliúria ou urgência (por ex., diabetes melito não tratado ou diabetes insípido) ou durante uma infecção aguda do trato urinário. Entretanto, um diagnóstico de Enurese é compatível com essas condições se a incontinência urinária estava regularmente presente antes do desenvolvimento da condição médica geral ou se persiste após a instituição do tratamento adequado.

## Critérios Diagnósticos para F98.0 - 307.6 Enurese

- A. Micção repetida na cama ou na roupa (involuntária ou intencional).
- B. O comportamento é clinicamente significativo, manifestado por uma freqüência de duas vezes por semana por pelo menos 3 meses consecutivos, ou pela presença de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A idade cronológica é de no mínimo 5 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).

D. O comportamento não se deve exclusivamente ao efeito fisiológico direto de uma substância (por ex., diurético) ou a uma condição médica geral (por ex., diabete, espinha bífida, transtorno convulsivo).

Especificar tipo:

- Apenas Noturna
- Apenas Diurna
- Noturna e Diurna

## **Outros Transtornos da Primeira Infância, da Infância ou da Adolescência**

Transtornos da Infância e Adolescência

- F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação
- F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo
- F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância
- F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado

### **F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade de Separação é a ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação (Critério A). Esta ansiedade está além daquela esperada para o nível de desenvolvimento do indivíduo. A perturbação deve durar por um período de pelo menos 4 semanas (Critério B), iniciar antes dos 18 anos (Critério C) e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes na vida do indivíduo (Critério D). O diagnóstico não é feito se a ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, ou, em adolescentes ou adultos, se é melhor explicada por Transtorno de Pânico Com Agorafobia (Critério E). Os indivíduos com este transtorno podem experimentar sofrimento excessivo recorrente, quando da separação de casa ou de figuras importantes de vinculação (Critério A1). Quando separados dessas figuras de vinculação, freqüentemente precisam saber de seu paradeiro e sentem necessidade de permanecer em contato (por ex., através de telefonemas). Alguns indivíduos sentem saudade extrema e chegam a sentir-se enfermos devido ao desconforto, se estão longe de casa. Eles podem ansiar pelo retorno ao lar e fantasiar acerca da reunião com as

figuras de vinculação. Ao serem separados das figuras principais de vinculação, esses indivíduos freqüentemente abrigam temores de que acidentes ou doenças acometam as figuras a quem têm apego ou a eles próprios (Critério A2). As crianças com este transtorno freqüentemente expressam o medo de se perderem e jamais reverem seus pais (Critério A3). Elas em geral sentem desconforto quando viajam independentemente para longe de casa ou de outras áreas que lhes são familiares, podendo evitar de ir a qualquer lugar sozinhas. Pode haver relutância ou recusa a comparecer à escola ou acampamentos, visitar ou pernoitar em casa de amigos, ou sair para cumprir pequenas incumbências (Critério A4). Essas crianças podem ser incapazes de permanecer em um quarto sozinhas, podem exibir um comportamento "adesivo" e andar "como uma sombra" atrás dos pais, por toda a casa (Critério A5). As crianças com este transtorno com freqüência têm dificuldades para dormir e podem insistir para que alguém permaneça a seu lado até adormecerem (Critério A6). Durante a noite, podem ir à cama dos pais (ou de outra pessoa significativa, como um irmão); se o ingresso ao aposento dos pais é impedido, podem dormir junto à porta. Também pode haver pesadelos cujo conteúdo expressa os temores do indivíduo (por ex., destruição da família por fogo, assassinato ou outra catástrofe) (Critério A7). Queixas somáticas, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos são comuns, quando a separação ocorre ou é prevista (Critério A8). Sintomas (Critério A8). Sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, tontura e sensação de desmaio iminente, são raras em crianças menores, mas podem ocorrer em indivíduos mais velhos.

### Especificador

Início Precoce. Este especificador pode ser usado para indicar o início do transtorno antes dos 6 anos de idade.

### Características e Transtornos Associados

As crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação tendem a vir de famílias muito unidas. Quando separadas de casa ou das figuras principais de vinculação, elas podem exibir, de um modo recorrente, retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade para concentrar-se no trabalho ou em brincadeiras. Dependendo da idade, os indivíduos podem ter medo de animais, monstros, do escuro, de ladrões, bandidos, seqüestradores, acidentes automobilísticos, viagens aéreas e outras situações percebidas como perigosas para a integridade, sua própria ou da família. Preocupações com a morte e o morrer são comuns. A recusa à escola pode acarretar dificuldades acadêmicas e evitação social. As crianças podem queixar-se de que ninguém gosta delas e afirmar que desejariam estar mortas. Quando extremamente perturbadas frente à perspectiva de separação, podem apresentar raiva ou às vezes agredir fisicamente a pessoa que está forçando a separação. Quando sozinhas, especialmente à noite, as crianças pequenas podem relatar experiências perceptivas incomuns (por ex., ver pessoas espiando para dentro do quarto, criaturas assustadoras que tentam pegá-las, sensação de olhos que as vigiam). As crianças com este transtorno freqüentemente são descritas como exigentes, intrusivas e necessitando constante atenção. As excessivas exigências da criança



frequentemente se transformam em uma fonte de frustração para os pais, provocando ressentimento e conflito na família. Às vezes, as crianças com o transtorno são descritas como excessivamente meticulosas, obedientes e ávidas por agradar. As crianças podem ter queixas somáticas que resultam em exames físicos e procedimentos médicos. Um humor depressivo em geral está presente, podendo tornar-se mais persistente com o tempo, justificando um diagnóstico adicional de Transtorno Distímico ou Transtorno Depressivo Maior. O transtorno pode preceder o desenvolvimento de Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Existem variações culturais no grau em que a tolerância à separação é considerada desejável. É importante diferenciar o Transtorno de Ansiedade de Separação do alto valor atribuído por algumas culturas à forte interdependência entre os membros da família. As manifestações do transtorno podem variar de acordo com a idade. As crianças mais jovens podem não expressar temores específicos de ameaças definidas aos pais, ao lar ou a si mesmas. À medida que as crianças crescem, as preocupações ou temores em geral dizem respeito a perigos específicos (por ex., seqüestro, assalto). A ansiedade e a antevisão da separação tornam-se manifestas em uma fase intermediária da infância. Embora os adolescentes com este transtorno, especialmente os do sexo masculino, possam negar a ansiedade acerca da separação, ela pode ser refletida em sua atividade independente limitada e relutância em sair de casa. Em indivíduos mais velhos, o transtorno pode limitar sua capacidade para lidar com alterações nas circunstâncias de vida (por ex., mudança de domicílio, casamento). Os adultos com o transtorno tipicamente se preocupam em demasia com seus filhos e cônjuges e experimentam acentuado desconforto quando separados deles. Em amostras clínicas, o transtorno aparentemente apresenta a mesma freqüência em ambos os sexos. Em amostras epidemiológicas, o transtorno é mais freqüente no sexo feminino.

### Prevalência

O Transtorno de Ansiedade de Separação não é incomum; as estimativas de prevalência apontam uma média de cerca de 4% em crianças e adolescentes jovens.

### Curso

O Transtorno de Ansiedade de Separação pode desenvolver-se após algum estresse vital (por ex., morte de um parente ou animal de estimação, doença em um filho ou parente, mudança de escola, mudança para um novo bairro ou imigração). O início pode ocorrer já em idade pré-escolar ou a qualquer momento, antes dos 18 anos, mas o transtorno é raro na adolescência. Tipicamente, existem períodos de exacerbação e remissão. Tanto a ansiedade frente a uma possível separação quanto a esquiva de

situações envolvendo a separação (por ex., sair de casa para ingressar na universidade) podem persistir por muitos anos.

## Padrão Familiar

O Transtorno de Ansiedade de Separação parece ser mais comum em parentes biológicos em primeiro grau do que na população em geral, e talvez seja mais frequente em filhos de mães com Transtorno de Pânico.

## Diagnóstico Diferencial

A ansiedade de separação pode ser um aspecto associado de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outros Transtornos Psicóticos. Se os sintomas de Transtorno de Ansiedade de Separação ocorrem exclusivamente durante o curso de um desses transtornos, não se aplica um diagnóstico separado de Transtorno de Ansiedade de Separação. Este distingue-se do Transtorno de Ansiedade Generalizada no sentido de que a ansiedade envolve predominantemente a separação do lar e de figuras de vinculação. Em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade de Separação, as ameaças de separação podem provocar extrema ansiedade e até mesmo um Ataque de Pânico. Em comparação com o Transtorno de Pânico, a ansiedade envolve a separação do lar ou de figuras de vinculação, ao invés da incapacitação por um Ataque de Pânico. Em adultos, o Transtorno de Ansiedade de Separação é raro e não deve ser dado como diagnóstico adicional se os temores de separação são melhor explicados por Agorafobia, no Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico. A gazeta à escola é comum no Transtorno da Conduta, mas neste caso a criança geralmente permanece longe, em vez de voltar para casa. Alguns casos de recusa à escola, especialmente na adolescência, devem-se a Fobia Social ou Transtornos do Humor, ao invés de ansiedade de separação. Diferentemente das alucinações nos Transtornos Psicóticos, as experiências perceptivas incomuns que [111]ocorrem no Transtorno de Ansiedade de Separação estão habitualmente baseadas em uma percepção errônea de um estímulo real, ocorrendo apenas em determinadas situações (por ex., à noite) e são revertidas pela presença de uma figura de vinculação. O julgamento clínico deve ser usado na diferenciação entre níveis evolutivamente apropriados de ansiedade de separação e as preocupações clinicamente significativas acerca da separação vistas no Transtorno de Ansiedade de Separação.

Critérios Diagnósticos para F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação

A. Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três (ou mais) dos seguintes aspectos:

(1) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação

(2) preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação

(3) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (por ex., perder-se ou ser seqüestrado)

(4) relutância persistente ou recusa a ir para a escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo da separação

(5) temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos

(6) relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa

(7) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação

(8) repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista

B. A perturbação tem uma duração mínima de 4 semanas.

C. A perturbação inicia antes dos 18 anos.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

Especificar se: Início Precoce: se o início ocorre antes dos 6 anos de idade.

## **Mutismo Seletivo - F94.0 - 313.23**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Mutismo Seletivo é o fracasso persistente em falar em situações sociais específicas (por ex., escola, com colegas de brincadeiras) onde seria esperado que falasse, apesar de falar em outras situações (Critério A). A perturbação interfere na realização escolar ou ocupacional ou na comunicação social (Critério B), devendo durar no mínimo 1 mês e não estar limitada ao primeiro mês de escolarização (durante o qual muitas crianças podem mostrar-se tímidas e relutantes em falar) (Critério C). O Mutismo Seletivo não deve ser diagnosticado se o fracasso do indivíduo em falar se deve unicamente a uma falta de conhecimento ou de conforto com a linguagem necessária na situação social (Critério D). Ele também não é diagnosticado se a perturbação é melhor explicada por embaraço relacionado a ter um Transtorno da Comunicação (por ex., Tartamudez) ou se ocorre exclusivamente durante um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico (Critério E). Ao invés de se comunicarem pela verbalização costumeira, as crianças com este transtorno podem comunicar-se por gestos, acenando ou balançando a cabeça, puxando ou empurrando ou, em alguns casos, por vocalizações monossilábicas, curtas ou monótonas, ou em um tom de voz alterado.

### Características e Transtornos Associados

As características associadas ao Mutismo Seletivo podem incluir excessiva timidez, medo do embaraço social, isolamento e retraimento social, dependência, traços compulsivos, negativismo, acessos de raiva ou comportamento controlador ou opositivo. Provocações ou agressões pelos seus pares são comuns. Embora as crianças com o transtorno em geral tenham habilidades normais de linguagem, ocasionalmente pode haver um Transtorno da Comunicação (por ex., Transtorno Fonológico, Transtorno da Linguagem Expressiva ou Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva) ou uma condição médica geral que cause anormalidades da articulação. Transtornos de Ansiedade (especialmente Fobia Social), Retardo Mental, hospitalização ou estressores psicossociais extremos podem estar associados com o transtorno.

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Crianças imigrantes não familiarizadas ou desconfortáveis com a língua oficial de seu novo país podem recusar-se a falar com estranhos em seu novo ambiente. Este comportamento não deve ser diagnosticado como Mutismo Seletivo. O Mutismo Seletivo é ligeiramente mais comum no sexo feminino.

### Prevalência

O Mutismo Seletivo é aparentemente raro, sendo encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de saúde mental.

## Curso

O início do Mutismo Seletivo geralmente se dá antes dos 5 anos de idade, mas a perturbação pode não chegar à atenção clínica até o ingresso da criança na escola. Embora a perturbação em geral dure apenas alguns meses, às vezes ela pode persistir até por vários anos.

## Diagnóstico Diferencial

O Mutismo Seletivo deve ser diferenciado das perturbações da fala, melhor explicadas por um Transtorno da Comunicação, como Transtorno Fonológico, Transtorno da Linguagem Expressiva ou Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva ou Tartamudez. Diferentemente do Mutismo Seletivo, a perturbação da fala nestes transtornos não se restringe a uma situação social específica. As crianças de famílias que imigraram para um país onde uma língua diferente é falada podem recusar-se a falar em virtude da falta de conhecimentos do novo idioma. Se a compreensão da nova língua é adequada, mas a recusa em falar persiste, um diagnóstico de Mutismo Seletivo pode ser indicado. Os indivíduos com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia, outro Transtorno Psicótico ou Retardo Mental severo podem ter problemas na comunicação social e ser incapazes de falar apropriadamente em situações sociais. Em comparação, o Mutismo Seletivo deve ser diagnosticado apenas em uma criança cuja capacidade de falar foi estabelecida em algumas situações sociais (por ex., tipicamente em casa). A ansiedade e a esquiva social na Fobia Social podem estar associadas com o Mutismo Seletivo. Nesses casos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

## Critérios Diagnósticos para F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo

- A. Fracasso persistente em falar em situações sociais específicas (nas quais existe a expectativa para falar, por ex., na escola), apesar de falar em outras situações.
- B. A perturbação interfere na realização educacional ou ocupacional ou na comunicação social.
- C. A perturbação de memória não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium ou demência.
- D. O fracasso em falar não se deve a uma falta de conhecimento ou desconforto com a linguagem falada exigida pela situação social.

E. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno da Comunicação (por ex., Tartamudez), nem ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico.

## **F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Apego Reativo é uma ligação social acentuadamente perturbada e inadequada ao nível de desenvolvimento na maioria dos contextos, com início antes dos 5 anos de idade e associada ao recebimento de cuidados amplamente patológicos (Critério A). Existem dois tipos de apresentação: no Tipo Inibido, a criança fracassa persistentemente em iniciar ou responder à maior parte das interações sociais de uma forma adequada a seu nível de desenvolvimento. A criança apresenta um padrão de respostas excessivamente inibidas, hipervigilantes ou altamente ambivalentes (por ex., vigilância fixa, resistência a ser confortada ou um misto de abordagem e esquivas) (Critério A1). No Tipo Desinibido, existe um padrão de vinculações difusas. A criança demonstra uma sociabilidade indiscriminada ou falta de seletividade na escolha das figuras de vinculação (Critério A2). A perturbação não é explicada unicamente por um atraso no desenvolvimento (por ex., como no Retardo Mental) e não satisfaz os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério B). Por definição, a condição está associada a cuidados amplamente patológicos, que podem assumir a forma de negligência persistente em relação às necessidades emocionais básicas da criança por conforto, estimulação e afeto (Critério C1); negligência persistente em relação às necessidades físicas básicas da criança (Critério C2); ou mudanças repetidas de quem cuida primariamente da criança, evitando a formação de vínculos estáveis (por ex., mudanças frequentes de pais adotivos) (Critério C3). Os cuidados patológicos supostamente respondem pela perturbação na interação social (Critério D).

### Subtipos

O tipo predominante de perturbação na ligação social pode ser indicado pela especificação de um dos seguintes subtipos para o Transtorno de Apego Reativo:

**Tipo Inibido:** Neste subtipo, a perturbação predominante na reatividade social é o fracasso persistente em iniciar e responder à maioria das interações sociais de um modo adequado ao nível de desenvolvimento.

**Tipo Desinibido:** Este subtipo é utilizado se a perturbação predominante na ligação social é uma sociabilidade indiscriminada ou uma falta de seletividade na escolha das figuras de vinculação.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Certas situações (por ex., hospitalização prolongada da criança, extrema pobreza ou inexperiência dos pais) podem predispor ao desenvolvimento de cuidados patológicos. Entretanto, cuidados visivelmente patológicos nem sempre resultam no desenvolvimento de um Transtorno de Apego Reativo; algumas crianças podem formar vínculos e relacionamentos sociais estáveis mesmo em face de acentuada negligência ou abuso. O Transtorno de Apego Reativo pode estar associado com atrasos no desenvolvimento, Transtorno de Alimentação da Primeira Infância, Pica ou Transtorno de Ruminação.

### Achados laboratoriais associados

Achados laboratoriais consistentes com desnutrição podem estar presentes. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. O exame físico pode documentar condições médicas associadas que possivelmente contribuem para as dificuldades em cuidar da criança ou que decorrem destas dificuldades (por ex., atraso de crescimento, evidências de abuso físico). Prevalência Os dados epidemiológicos são limitados, mas o Transtorno de Apego Reativo parece ser muito raro. Curso O início do Transtorno de Apego Reativo geralmente se situa nos primeiros anos de vida e, por definição, ocorre antes dos 5 anos de idade. O curso parece variar, dependendo de fatores individuais na criança e em seus responsáveis, da gravidade e da duração da privação psicossocial associada, bem como da natureza da intervenção. Uma melhora considerável ou remissão pode ocorrer com o oferecimento de um ambiente com apoio adequado. De outro modo, o transtorno segue um curso contínuo.

### Diagnóstico Diferencial

No Retardo Mental, os vínculos apropriados com os responsáveis geralmente se desenvolvem de um modo consistente com o nível de desenvolvimento geral da criança. Entretanto, alguns bebês e crianças pequenas com Retardo Mental severo podem ser particularmente problemáticos para os responsáveis e apresentar sintomas característicos de Transtorno de Apego Reativo. Este deve ser diagnosticado apenas se estiver claro que os problemas característicos na formação de vínculos seletivos não decorrem em função do retardo. O Transtorno de Apego Reativo deve ser diferenciado do Transtorno Autista e outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Nestes, os vínculos seletivos não se desenvolvem ou apresentam alto grau de desvio, mas isto geralmente ocorre na presença de um ambiente Transtorno Autista e outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento também se caracterizam pela presença de um prejuízo qualitativo na comunicação e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. O Transtorno de Apego Reativo não é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. O Tipo Desinibido deve ser diferenciado do comportamento impulsivo ou hiperativo característico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Comparado com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o comportamento desinibido no Transtorno Reativo

de Vinculação está caracteristicamente associado com uma tentativa de formar um vínculo social após um período muito breve de conhecimento. Cuidados amplamente patogênicos são um aspecto definidor do Transtorno de Apego Reativo. Uma anotação adicional de Abuso ou Negligência à Criança ou Problemas de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança pode ser indicada. Quando os cuidados amplamente patogênicos não resultam em acentuada perturbação na ligação social, Negligência da Criança ou Problemas de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança podem ser anotados, ao invés de Transtorno de Apego Reativo.

#### Critérios Diagnósticos para F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância

A. Ligação social acentuadamente perturbada e inadequada ao nível de desenvolvimento na maioria dos contextos, iniciando antes dos 5 anos e evidenciada por (1) ou (2):

(1) fracasso persistente em iniciar ou responder de maneira adequada ao nível de desenvolvimento à maior parte das interações sociais, manifestado por respostas excessivamente inibidas, hipervigilantes ou altamente ambivalentes e contraditórias (por ex., a criança pode responder aos responsáveis por seus cuidados com um misto de aproximação, esquiva e resistência ao conforto, ou pode apresentar uma vigilância fixa)  
(2) vinculações difusas, manifestadas por sociabilidade indiscriminada, com acentuada incapacidade de apresentar vinculações seletivas adequadas (por ex., familiaridade excessiva com pessoas relativamente estranhas ou falta de seletividade na escolha das figuras de vinculação)

B. A perturbação no critério A não é explicada unicamente por atraso no desenvolvimento (como no Retardo Mental) e não satisfaz os critérios para Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

C. Cuidados patogênicos, evidenciados por pelo menos um dos seguintes critérios: (1) negligência persistente em relação às necessidades emocionais básicas da criança por conforto, estimulação e afeto (2) negligência persistente quanto às necessidades físicas básicas da criança (3) repetidas mudanças de responsáveis primários, evitando a formação de vínculos estáveis (por ex., mudanças freqüentes de pais adotivos)

D. Existe uma suposição de que os cuidados no Critério C são responsáveis pela perturbação comportamental no Critério A (por ex., as perturbações no Critério A começaram após os cuidados patogênicos no Critério C).

Especificar tipo:



Tipo Inibido: o Critério A1 predomina na apresentação clínica.

Tipo Desinibido: o Critério A2 predomina na apresentação clínica.

## **F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado**

(anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Movimento Estereotipado é um comportamento motor repetitivo, não funcional e muitas vezes aparentemente intencional (Critério A). Este comportamento motor interfere acentuadamente nas atividades normais ou resulta em lesões corporais auto-infligidas, suficientemente significativas para exigirem tratamento médico (ou resultariam em ferimentos, caso não fossem adotadas medidas de proteção) (Critério B). Em presença de Retardo Mental, o comportamento estereotipado ou autodestrutivo é suficientemente severo para se tornar um foco do tratamento (Critério C). O comportamento não é melhor explicado por uma compulsão (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), um tique (como nos Transtornos de Tique), uma estereotipia que faz parte de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ou arrancar os cabelos (como na Tricotilomania) (Critério D). O comportamento também não é devido aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral (Critério E). Os comportamentos motores devem persistir por pelo menos 4 semanas (Critério F). Os movimentos estereotipados podem incluir acenar com as mãos, balançar o corpo, brincar com as mãos, remexer os dedos, manusear objetos, bater a cabeça, morder a si mesmo, beliscar a pele ou enfiar os dedos em orifícios corporais, ou golpear várias partes do próprio corpo. Às vezes o indivíduo usa um objeto para executar esses comportamentos, podendo causar danos permanentes e debilitantes aos tecidos e, por vezes, acarretar risco de vida. Por exemplo, o ato de bater ou golpear severamente a cabeça pode provocar cortes, sangramentos, infecções, descolamento da retina e cegueira.

### Especificadores

O clínico deve especificar Com Comportamento Autodestrutivo se o comportamento acarreta lesões corporais que exigem tratamento específico (ou que resultariam em lesão corporal, caso não fossem tomadas medidas de proteção).

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O indivíduo pode desenvolver métodos de autocontenção (por ex., manter as mãos dentro da camisa, das

calças ou dos bolsos) na tentativa de controlar os comportamentos autodestrutivos. Quando a autocontenção sofre interferência, os comportamentos retornam. Quando os comportamentos são extremos ou repulsivos aos outros, podem ocorrer complicações psicossociais devido à exclusão do indivíduo das atividades sociais e comunitárias. O Transtorno de Movimento Estereotipado ocorre mais habitualmente em associação com Retardo Mental. Quanto mais severo o retardo, maior o risco de comportamentos autodestrutivos. Este transtorno também pode ocorrer em associação com severos déficits sensoriais (cegueira e surdez), podendo ser mais comum em contextos institucionais nos quais o indivíduo recebe estimulação insuficiente. Os comportamentos autodestrutivos ocorrem em certas condições médicas gerais associadas com o Retardo Mental (por ex., síndrome do X frágil, síndrome de Lange e, especialmente, a síndrome de Lesch-Nyhan, caracterizada por mordidas severas auto-infligidas).

#### Achados laboratoriais associados.

Caso exista uma lesão auto-infligida, os achados laboratoriais refletirão sua natureza e gravidade (por ex., a anemia pode estar presente no caso de uma perda sangüínea crônica por sangramento retal auto-infligido). Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Sinais de lesões crônicas dos tecidos podem estar presentes (por ex., feridas, marcas de mordidas, cortes, arranhões, infecções cutâneas, fissuras retais, corpos estranhos em orifícios corporais, prejuízo visual devido a enfiar os dedos nos olhos ou catarata traumática, e fraturas ou deformações ósseas). Em casos menos severos, pode haver uma irritação cutânea crônica ou calos por mordidas, beliscões, arranhões ou saliva.

#### Características Específicas à Idade e ao Gênero

Os comportamentos autodestrutivos ocorrem em indivíduos de todas as idades. Existem indicações de que o ato de bater a cabeça é mais prevalente no sexo masculino (com uma proporção de cerca de 3:1) e as mordidas auto-infligidas podem ser mais prevalentes no sexo feminino.

#### Prevalência

Existem informações limitadas sobre a prevalência do Transtorno de Movimento Estereotipado. As estimativas de prevalência dos comportamentos autodestrutivos em indivíduos com Retardo Mental variam de 2 a 3% em crianças e adolescentes que vivem na comunidade até aproximadamente 25% em adultos com Retardo Mental severo ou profundo que vivem em instituições.

Não existe uma idade ou padrão de início típico para o Transtorno de Movimento Estereotipado. O início pode ocorrer após um evento ambiental estressante. Em indivíduos não-verbais com Retardo Mental severo, os movimentos estereotipados podem ser desencadeados por uma condição médica geral dolorosa (por ex., uma infecção no ouvido médio levando ao comportamento de bater a cabeça). Os movimentos estereotipados freqüentemente atingem seu auge na adolescência, podendo então declinar aos poucos. Entretanto, especialmente em indivíduos com Retardo Mental severo ou profundo, os movimentos podem persistir por anos. O foco desses comportamentos freqüentemente muda (por ex., um indivíduo que costuma morder as mãos pode deixar de fazê-lo e passar a bater a cabeça).

### Diagnóstico Diferencial

Os movimentos estereotipados podem estar associados com Retardo Mental, especialmente no caso de indivíduos que vivem em ambientes não estimuladores. O Transtorno de Movimento Estereotipado deve ser diagnosticado apenas em indivíduos nos quais o comportamento estereotipado ou autodestrutivo apresenta gravidade suficiente para tornar-se um foco de tratamento. Movimentos estereotipados e repetitivos são um aspecto característico dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. O Transtorno de Movimento Estereotipado não é diagnosticado se as estereotipias são melhor explicadas por um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. As compulsões do Transtorno Obsessivo-Compulsivo geralmente são mais complexas e ritualizadas e executadas em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. A diferenciação entre os movimentos complexos característicos do Transtorno de Movimento Estereotipado e os Tiques Simples (por ex., piscar os olhos) é relativamente simples, mas o diagnóstico diferencial com Tiques Motores Complexos é menos claro. Em geral, os movimentos estereotipados parecem ser mais voluntários e intencionais, enquanto os tiques têm uma qualidade mais involuntária e não rítmica. Na Tricotilomania, por definição, o comportamento repetitivo limita-se a puxar os cabelos. Os ferimentos auto-induzidos no Transtorno de Movimento Estereotipado devem ser diferenciados do Transtorno Factício com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos, no qual a motivação para o ferimento auto-induzido consiste em assumir o papel de doente. A automutilação associada com certos Transtornos Psicóticos e Transtornos da Personalidade é premeditada, complexa e esporádica, possuindo um significado para o indivíduo, dentro do contexto do transtorno mental severo subjacente (por ex., resulta de um pensamento delirante). Os movimentos involuntários associados com condições neurológicas (tais como doença de Huntington) geralmente seguem um padrão típico e os sinais e sintomas da condição neurológica estão presentes. Os comportamentos de auto-estimulação adequados ao nível de desenvolvimento em crianças pequenas (por ex., chupar o dedo, balançar o corpo e bater a cabeça) em geral são autolimitados e raramente acarretam lesões aos tecidos exigindo tratamento. Os comportamentos de auto-estimulação em indivíduos com déficits sensoriais (por ex., cegueira) geralmente não resultam em disfunção ou em lesão auto-infligida.

## Critérios Diagnósticos para F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado

A. Comportamento motor repetitivo, não funcional e aparentemente intencional (por ex., sacudir as mãos ou acenar, balançar o corpo, bater a cabeça, levar objetos à boca, morder partes do corpo, beliscar a pele ou enfiar os dedos em orifícios corporais, golpear o próprio corpo).

B. O comportamento interfere acentuadamente nas atividades normais ou provoca lesão corporal auto-infligida que exige tratamento médico (ou provocariam lesão, caso não fossem adotadas medidas preventivas).

C. Em presença de Retardo Mental, o comportamento estereotipado ou autodestrutivo apresenta suficiente gravidade para tornar-se um foco de tratamento.

D. O comportamento não é melhor explicado por uma compulsão (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), por um tique (como no Transtorno de Tique), uma estereotipia que faz parte do Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ou puxar os cabelos (como na Tricotilomania).

E. O comportamento não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a uma condição médica geral.

F. O comportamento persiste por 4 semanas ou mais.

Especificar se:

Com Comportamento Autodestrutivo: se o comportamento resulta em lesão corporal que exige tratamento específico (ou que resultaria em lesão corporal, caso medidas de proteção não fossem adotadas).

## **F98.9 - 313.9 Transtorno da Infância ou Adolescência Sem Outra Especificação**

Esta é uma categoria residual, destinada a transtornos com início na infância ou adolescência que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno específico na Classificação.

## **Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos**

### **Delirium**

Os transtornos da seção "Delirium" compartilham uma apresentação sintomática comum, envolvendo uma perturbação na consciência e cognição, mas são diferenciados com base em sua etiologia:

- Delirium Devido a uma Condição Médica Geral
- Delirium Induzido por Substância (incluindo efeitos colaterais de medicamentos)
- Delirium Devido a Múltiplas Etiologias
- Delirium Sem Outra Especificação

### Características Diagnósticas

A característica essencial de um delirium consiste de uma perturbação da consciência acompanhada por uma alteração na cognição que não pode ser melhor explicada por uma Demência preexistente ou em evolução. A perturbação desenvolve-se em um curto período de tempo, geralmente de horas a dias, tendendo a flutuar no decorrer do dia. Existem evidências, a partir da anamnese, exame físico ou testes laboratoriais, de que o delirium é uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, Intoxicação ou Abstinência de Substância, uso de um medicamento ou exposição a uma toxina, ou uma combinação desses fatores. A perturbação na consciência manifesta-se por uma redução da clareza da consciência em relação ao ambiente. A capacidade para focalizar, manter ou deslocar a atenção está prejudicada (Critério A). As perguntas precisam ser repetidas porque a atenção do indivíduo se dispersa, ou o indivíduo pode perseverar na resposta a uma pergunta anterior, ao invés de deslocar adequadamente o foco de sua atenção. A pessoa se distrai facilmente com estímulos irrelevantes. Em vista desses problemas, pode ser difícil (ou impossível) engajá-la em uma conversação. Há uma alteração concomitante na cognição (que pode incluir comprometimento da memória, desorientação ou perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção (Critério B). O comprometimento da memória é evidente, acomete com maior frequência a memória recente e pode ser testado pedindo-se que a pessoa memorize vários objetos sem relação entre si ou uma frase curta e os repita após alguns minutos de distração. A desorientação é habitualmente manifestada por desorientação temporal (por ex., pensa ser de manhã no meio da noite) ou espacial (por ex., pensa estar em casa, não em um hospital). No delirium leve, a desorientação temporal pode ser o primeiro sintoma a aparecer. A desorientação autopsíquica é menos comum. A perturbação na linguagem pode se evidenciar como disnomia (isto é, prejuízo na capacidade de nomear objetos) ou disgrafia (isto é, prejuízo na capacidade de escrever). Em alguns casos, o discurso é dispersivo e irrelevante; em outros, compulsivo e incoerente, com mudanças imprevisíveis de assunto. O profissional pode ter dificuldade para avaliar alterações na função cognitiva, pois o indivíduo pode mostrar-se desatento e incoerente. Sob essas circunstâncias, é útil rever cuidadosamente a sua história e obter informações a partir de outros informantes, particularmente membros da família. As perturbações na cognição podem incluir interpretações errôneas, ilusões ou alucinações. O bater de uma porta, por exemplo, pode ser interpretado pela pessoa como um tiro (interpretação

incorreta); as dobras nas roupas de cama podem parecer-lhe objetos animados (ilusão); ou o indivíduo pode "ver" um grupo de pessoas pairando sobre a cama, quando na verdade não há ninguém ali (alucinação). Embora as interpretações sensoriais incorretas sejam habitualmente do tipo visual, elas podem afetar também outras modalidades sensoriais. As percepções errôneas variam de simples e uniformes até altamente complexas. O indivíduo pode ter uma convicção delirante do caráter de realidade das alucinações e apresentar respostas emocionais e comportamentais congruentes com seu conteúdo. A perturbação desenvolve-se em um curto período de tempo e tende a apresentar flutuações no decorrer do dia (Critério C). Durante a ronda hospitalar matinal, por exemplo, a pessoa pode mostrar-se coerente e cooperativa, mas à noite pode insistir em arrancar o equipamento intravenoso e voltar à casa dos pais já falecidos.

### Características e Transtornos Associados

O delirium freqüentemente está associado a uma perturbação no ciclo de sono-vigília, a qual pode incluir sonolência diurna ou agitação noturna e dificuldade para conciliar o sono. Em alguns casos, pode ocorrer uma inversão completa do ciclo de sono-vigília. O Delirium freqüentemente é acompanhado por perturbação no comportamento psicomotor. Muitos indivíduos com delirium são inquietos ou hiperativos. As manifestações de aumento da atividade psicomotora podem incluir tatear ou manusear as roupas de cama, tentar sair da cama quando isto é inseguro ou inoportuno e movimentos súbitos. Por outro lado, o indivíduo pode apresentar redução da atividade psicomotora, com lentidão e letargia que se assemelham ao estupor catatônico. A atividade psicomotora pode oscilar de um extremo a outro, no decorrer de um dia. Um comprometimento do julgamento pode interferir no tratamento médico apropriado. O indivíduo pode apresentar perturbações emocionais tais como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia. Podem ocorrer rápidas e imprevisíveis mudanças de um estado emocional para outro, embora alguns indivíduos com delirium tenham um tom emocional constante. O medo freqüentemente acompanha alucinações ameaçadoras ou delírios transitórios. Caso o medo seja intenso, a pessoa pode atacar aos que falsamente percebe como ameaçadores. Pode haver ferimentos por quedas do leito ou por tentativas de escapar quando conectado a equipamento intravenoso, tubos respiratórios, cateteres urinários ou outros equipamentos médicos. O estado emocional perturbado também pode manifestar-se por chamados, gritos, palavrões, gemidos, resmungos ou outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições nas quais a estimulação e os indicadores ambientais estão ausentes. Além de achados laboratoriais característicos de condições médicas gerais associadas ou etiológicas (intoxicação ou estados de abstinência), o EEG é tipicamente anormal, mostrando lentificação generalizada ou atividade rápida.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As bagagens cultural e educacional devem ser levadas em consideração na determinação da capacidade mental do indivíduo. Indivíduos provenientes de certos

contextos podem não estar familiarizados com as informações usadas em certos testes de conhecimentos gerais (por ex., nomes de presidentes, conhecimentos geográficos), memória (por ex., data de nascimento em culturas que rotineiramente não celebram aniversários) e orientação (por ex., o senso de localização e posicionamento pode ser conceitualizado diferentemente, em algumas culturas). As crianças podem ser mais suscetíveis ao delirium do que os adultos, especialmente quando relacionado a doenças febris e certos medicamentos (por ex., anticolinérgicos). Em crianças, o delirium pode ser confundido com um comportamento não-cooperativo, e a obtenção de sinais cognitivos distintivos pode ser difícil. Se a criança não consegue ser acalmada por figuras familiares, isto pode ser sugestivo de delirium. A proporção de delirium entre os sexos reflete a da população idosa em geral (na qual a proporção de mulheres para homens aumenta com o avanço da idade), o grupo em maior risco para o desenvolvimento do delirium.

## Prevalência

Em indivíduos com mais de 65 anos hospitalizados por uma condição médica geral, aproximadamente 10% apresentam delirium na admissão e outros 10 a 15% podem desenvolvê-lo durante a hospitalização.

## Curso

Os sintomas de delirium geralmente se desenvolvem em questão de horas ou dias, mas podem iniciar subitamente (por ex., após um traumatismo craniano). Com mais freqüência, os sintomas isolados progridem para o delirium pleno dentro de um período de 3 dias. Os sintomas de delirium podem resolver-se em algumas horas ou persistir por semanas, particularmente em indivíduos com demência coexistente. Se o fator etiológico subjacente é prontamente corrigido ou auto-limitado, a recuperação completa é mais provável.

## Diagnóstico Diferencial

O tema mais comum no diagnóstico diferencial diz respeito à presença de demência ao invés de delirium, apenas delirium ou delirium superposto a uma demência preexistente. O comprometimento da memória é comum tanto ao delirium quanto à demência, mas a pessoa que apresenta apenas demência está alerta e não tem perturbação na consciência, característica do delirium. Quando há sintomas de delirium, informações de membros da família, outros responsáveis ou registros médicos podem ser úteis para determinar a existência prévia de sintomas de demência. A codificação de um delirium superposto a diferentes tipos de demência é discutida sob "Procedimentos de Registro" para cada tipo de delirium. A suposta etiologia determina o diagnóstico específico de delirium (textos e critérios para cada diagnóstico de delirium são oferecidos em separado, nesta seção). Se o delirium é considerado uma

consequência dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, aplica-se o diagnóstico de Delirium Devido a uma Condição Médica Geral. Se o delirium decorre dos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, aplica-se o diagnóstico de Delirium por Intoxicação com Substância ou Delirium por Abstinência de Substância, dependendo de o delirium ocorrer em associação com Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância. Se o delirium resulta do uso de medicamentos ou exposição a toxinas, aplica-se o diagnóstico de Delirium Induzido por Substância. Não raro, o delirium é devido tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância (incluindo medicamentos). Isto pode ser visto, por exemplo, em um indivíduo idoso com uma séria condição médica geral que está sendo tratado com múltiplos medicamentos. Quando existe mais de uma etiologia (por ex., tanto uma substância quanto uma condição médica geral), aplica-se o diagnóstico de Delirium Devido a Múltiplas Etiologias. Caso não seja possível estabelecer uma etiologia específica (isto é, induzido por substância ou devido a uma condição médica geral), faz-se o diagnóstico de Delirium Sem Outra Especificação. O diagnóstico de Delirium por Intoxicação com Substância ou Delirium por Abstinência de Substância é feito no lugar de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas se os sintomas de delirium excedem aqueles geralmente associados com a intoxicação ou síndrome de abstinência e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Mesmo em indivíduos com sinais óbvios de intoxicação ou abstinência, outras causas possíveis de delirium (isto é, Delirium Devido a uma Condição Médica Geral) não devem ser ignoradas. Por exemplo, um traumatismo craniano decorrente de quedas ou lutas durante a intoxicação pode ser responsável por ele. O delirium caracterizado por alucinações vívidas, delírios, perturbações na linguagem e agitação deve ser diferenciado de Transtorno Psicótico Breve, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme e outros Transtornos Psicóticos, bem como de Transtornos do Humor com Aspectos Psicóticos. No delirium, os sintomas psicóticos são flutuantes, fragmentados e não sistematizados, ocorrem no contexto de uma redução da capacidade de manter e deslocar adequadamente o foco da atenção e estão geralmente associados com anormalidades EEG. Existe, com frequência, comprometimento da memória e desorientação no delirium, mas em geral não nesses outros transtornos. Finalmente, no delirium, a pessoa geralmente apresenta evidências de uma condição médica geral, Intoxicação ou Abstinência de Substância ou uso de medicamentos. O Delirium deve ser diferenciado da Simulação e do Transtorno Factício. Esta distinção é feita com base na apresentação frequentemente atípica da Simulação e do Transtorno Factício e na ausência de uma condição médica geral ou substância que esteja etiologicamente relacionada à aparente perturbação cognitiva. Os indivíduos podem apresentar-se com alguns, mas não todos os sintomas de delirium. As apresentações que não chegam a satisfazer os critérios para uma síndrome precisam ser cuidadosamente avaliadas, porque podem ser prenúncios de delirium pleno ou apontar para uma condição médica geral subjacente ainda não diagnosticada. Essas apresentações devem ser codificadas como Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação.

## **F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral**

### Características e Aspectos Associados



As características descritivas do Delirium Devido a uma Condição Médica Geral (Critérios A-C) são discutidas nas páginas 122-123. Além disso, para o diagnóstico de Delirium Devido a uma Condição Médica Geral, deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação cognitiva é uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério D). A fim de determinar se o delirium é devido a uma condição médica geral, o profissional deve, primeiro, estabelecer a presença desta condição, e uma relação etiológica do delirium com a mesma. Uma avaliação cuidadosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para fazer este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis, diversas considerações oferecem alguma orientação quanto a esta área. Uma delas consiste na presença de uma associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e do delirium. Evidências a partir da literatura sugerindo a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de um delirium podem oferecer um contexto útil na avaliação de uma determinada situação. Além disso, o clínico também deve determinar que a perturbação não é melhor explicada por um Delirium Induzido por Substância ou um transtorno mental primário (por ex., um Episódio Maníaco). Essa determinação é explicada em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral". O delirium pode estar associado com muitas condições médicas gerais distintas, cada qual com exame físico e achados laboratoriais característicos. Nas doenças sistêmicas, geralmente não se encontram sinais neurológicos focais. Várias formas de tremor podem estar presentes. A asterixia, um movimento de agitar as mãos hiperestendidas, foi originalmente descrita na encefalopatia hepática, mas também pode ser encontrada em associação com outras causas de delirium. Sinais de hiperatividade autonômica (por ex., taquicardia, sudorese, rubor facial, pupilas dilatadas e pressão sanguínea elevada) ocorrem com frequência. Além dos achados laboratoriais característicos das condições médicas gerais (ou intoxicação ou estados de abstinência) que representam fatores etiológicos, o EEG geralmente é anormal, mostrando lentificação ou atividade rápida generalizadas.

## Procedimentos de Registro

No registro do diagnóstico de Delirium Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto o delirium quanto a condição médica geral identificada supostamente causadora da perturbação no Eixo I (por ex., 293.0 Delirium Devido à Hipoglicemia). O código da CID-9-MC para a condição médica geral deve ser também anotado no Eixo III (por ex., 251.2 hipoglicemia) (Ver Apêndice G para uma lista de códigos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais). Em um indivíduo com história estabelecida de Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular, um delirium superposto deve ser anotado, pela codificação do subtipo apropriado de demência (por ex., 290.3 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Delirium). No caso de outras demências, tanto a demência quanto o Delirium devem ser codificados no Eixo I (por ex., 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson e 293.0 Delirium Devido à Encefalopatia Hepática). Em situações nas quais não está claro se os déficits cognitivos se devem a delirium ou demência, pode ser útil fazer um diagnóstico adicional de delirium e observar atentamente a pessoa, enquanto continuam os esforços para identificar a natureza da perturbação.

## Condições Médicas Gerais Associadas

As condições médicas gerais etiológicas para delirium incluem infecções sistêmicas, transtornos metabólicos (por ex., hipóxia, hipercapnia, hipoglicemia), desequilíbrios eletrolíticos, doença hepática ou renal, deficiência de tiamina, estados pós-operatórios, encefalopatia hipertensiva, estados convulsivos pós-ictais e seqüelas de traumatismo craniano. Certas lesões focais do lobo parietal direito e superfície ínfero-medial do lobo occipital também podem provocar delirium.

## Critérios Diagnósticos para F05.0 - 293.0 Delirium Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

A. Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.

B. Uma alteração na cognição (tal como déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

C. A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (em geral de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer dia.

D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é causada por conseqüências fisiológicas diretas de uma condição médica geral.

Nota para a codificação: Se o delirium está sobreposto a uma Demência preexistente do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular, indicar o delirium codificando o subtipo apropriado de demência, por ex., 290.3 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Delirium.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.0 Delirium Devido à Encefalopatia Hepática; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

## **Delirium Induzido por Substância**

### Características Diagnósticas e Aspectos Associados

Os aspectos descritivos do Delirium Induzido por Substância (Critérios A-C) são discutidos adiante. Além disso, para o diagnóstico de Delirium Induzido por Substância, deve haver evidências, pela história, exame físico ou achados laboratoriais, de Intoxicação ou Abstinência de Substância, efeitos colaterais de medicamentos ou exposição a toxinas com suposta relação etiológica relacionados ao delirium (Critério D). Um delirium que ocorre durante Intoxicação com Substância é diagnosticado como Delirium por Intoxicação com Substância; um delirium que ocorre durante Abstinência de Substância é diagnosticado como Delirium por Abstinência de Substância, e um delirium associado com efeitos colaterais de medicamentos ou exposição a toxinas é diagnosticado como Delirium Induzido por Substância. O Delirium que ocorre durante a Intoxicação com Substância pode surgir minutos a horas após o consumo de doses relativamente altas de certas drogas como cannabis, cocaína e alucinógenos. Com drogas tais como o álcool, barbitúricos ou meperidina, o delirium às vezes se desenvolve apenas após uma intoxicação mantida por alguns dias. Habitualmente, o delirium resolve-se à medida que cessa a intoxicação ou dentro de algumas horas ou dias após seu término (embora a duração possa ser mais longa após a intoxicação com fenciclidina). O delirium associado com Abstinência de Substância desenvolve-se à medida que as concentrações da substância nos tecidos e líquidos corporais diminuem após a redução ou término de um uso prolongado e habitualmente em altas doses de certas substâncias. A duração do delirium tende a variar de acordo com a meia-vida da substância envolvida: substâncias de ação mais longa em geral estão associadas com síndrome de abstinência mais prolongada. O Delirium por Abstinência de Substância pode persistir por apenas algumas horas ou por até 2-4 semanas. Esse diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas cognitivos excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou de abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

## Procedimentos de Registro

Um diagnóstico de Delirium Induzido por Substância é acompanhado pelo nome da substância específica (ao invés da classe de substâncias) supostamente causadora do delirium (por ex., "Diazepam", ao invés de "Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos"). O código diagnóstico é selecionado a partir da listagem de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em qualquer das classes (por ex., digitais), o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, para medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico deve ser indicado listando-se o código E apropriado (ver Apêndice G). Para substâncias que produzem intoxicação ou abstinência, o nome da substância é acompanhado pelo contexto no qual os sintomas se desenvolveram (por ex., 292.81 Delirium por Intoxicação com Dextroanfetamina; 291.0 Delirium por Abstinência de Álcool). Para efeitos colaterais de medicamentos e exposição a toxinas, utiliza-se o termo "Induzido" (por ex., 292.81 Delirium Induzido por Digitais). Quando mais de uma substância possivelmente exerce um papel significativo no desenvolvimento do delirium, cada uma delas deve ser listada em separado. Se uma substância é considerada um fator etiológico mas a substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, o diagnóstico é 292.81 Delirium Induzido por Substância Desconhecida.

## Substâncias Específicas

O Delirium por Intoxicação com Substância pode ocorrer com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetaminas e substâncias relacionadas; canabinóides; cocaína; alucinógenos; inalantes; opióides, fenciclidina e substâncias relacionadas; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, e outras substâncias desconhecidas. O Delirium por Abstinência de Substância pode ocorrer com as seguintes classes de substâncias: álcool (frequentemente chamado "delirium tremens"); sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Os medicamentos que causam delirium, conforme relatos, incluem anestésicos, analgésicos, agentes antiasmáticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e medicamentos cardiovasculares, antimicrobianos, drogas antiparkinsonianas, corticosteróides, medicamentos gastrintestinais, relaxantes musculares e medicamentos psicotrópicos com efeitos colaterais anticolinérgicos. As toxinas que causam delirium incluem anticolinesterase, inseticidas organofosforados, monóxido de carbono, dióxido de carbono e substâncias voláteis, tais como combustíveis ou tintas.

## Critérios Diagnósticos para Delirium por Intoxicação com Substância

- A. Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com capacidade reduzida para focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- B. Uma alteração na cognição (como déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou o desenvolvimento de uma perturbação da percepção não melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
- C. A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (geralmente de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.
- D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) ou (2): (1) os sintomas nos Critérios A e B desenvolveram-se durante a Intoxicação com Substância (2) o uso de medicamentos está etiologicamente relacionado com a perturbação\*.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância, apenas quando os sintomas cognitivos excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. \*Nota: O diagnóstico deve ser registrado como Delirium Induzido por Substância se estiver relacionado ao uso de medicamentos. Consultar o Apêndice G para códigos E, indicando medicamentos específicos.

### Codificar Delirium por Intoxicação Com [Substância Específica]:

- (F10.03 - 291.0 Álcool;
- F15.03 - 292.81 Anfetamina [ou Substância Tipo-Anfetamina];
- F12.03 - 292.81 Canabinóides;
- 292.81 Cocaína;
- F16.03 - 292.81 Alucinógenos;
- F18.03 - 292.81 Inalantes;
- F11.03 - 292.81 Opióides;
- F19.03 - 292.81 Fenciclidina [ou Substância Tipo Fenciclidina];
- F13.03 - 292.81 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos;
- F19.03 - 292.81 Outra Substância [ou Substância Desconhecida] [por ex., cimetidina, digitais, benzotropina]).

### Critérios Diagnósticos para Delirium por Abstinência de Substância

A. Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de focalizar, manter ou deslocar a atenção.

B. Uma alteração na cognição (como déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou o desenvolvimento de uma perturbação da percepção não melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

C. A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (geralmente de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.

D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que os sintomas nos Critérios A e B desenvolveram-se durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Abstinência de Substância, apenas quando os sintomas cognitivos excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.0

### Codificar Delirium por Abstinência de [Substância Específica]:

- (F10.4 - 291.0 Álcool;
- F13.4 - 292.81 Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico;

- F19.4 - 292.81 Outra Substância [ou Substância Desconhecida]).

## Delirium Devido a Múltiplas Etiologias

A categoria Delirium Devido a Múltiplas Etiologias é incluída para alertar os clínicos quanto à situação comum na qual o delirium possui mais de uma condição médica geral etiologicamente relacionada (por ex., Delirium Devido a Encefalopatia Hepática, Delirium Devido a Traumatismo Craniano) ou ele pode ser devido aos efeitos combinados de uma condição médica geral (por ex., encefalite viral) e uso de substância (por ex., Abstinência de Álcool).

## Procedimentos de Registro

O Delirium Devido a Múltiplas Etiologias não tem seu próprio código individual nem deve ser registrado como um diagnóstico. Por exemplo, para codificar um delirium devido à encefalopatia hepática e abstinência de álcool, o clínico anotaria tanto 293.0 Delirium Devido à Encefalopatia Hepática quanto 291.0 Delirium por Abstinência de Álcool no Eixo I e 572.2 encefalopatia hepática no Eixo III.

## Critérios Diagnósticos para Delirium Devido a Múltiplas Etiologias

A. Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente) com redução da capacidade de focalizar, manter ou deslocar a atenção.

B. Uma alteração na cognição (como déficit de memória, desorientação ou perturbação da linguagem) ou o desenvolvimento de uma perturbação da percepção, não melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

C. A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (geralmente de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.

D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que o delirium possui mais de uma etiologia (por ex., mais de uma condição médica geral etiológica, uma condição médica geral mais Intoxicação com Substância ou efeito colateral de medicamento).

Nota para a codificação: Utilizar múltiplos códigos refletindo o delirium específico e as etiologias específicas, por ex., 293.0 Delirium Devido à Encefalite Viral; F10.4 - 291.0 Delirium por Abstinência de Álcool.

## **F05.9 - 780.09 Delirium Sem Outra Especificação**

Esta categoria deve ser utilizada para o diagnóstico do delirium que não satisfaz os critérios para qualquer dos tipos específicos de delirium descritos nesta seção. Os exemplos incluem:

1. Uma apresentação clínica de delirium supostamente devido a uma condição médica geral ou uso de substância, mas para a qual existem evidências insuficientes para estabelecer uma etiologia específica.
2. Delirium devido a causas não relacionadas nesta seção (por ex., privação sensorial).

## **Demência**

### Demência - Parte 1

Os transtornos na seção "Demência" caracterizam-se pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos (incluindo comprometimento da memória) devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por ex., os efeitos combinados de doença cerebrovascular e doença de Alzheimer). Os transtornos nesta seção compartilham uma apresentação sintomática comum, mas são diferenciados com base em sua etiologia.

- Demência Tipo Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência Devido à Doença do HIV
- Demência Devido a Traumatismo Craniano
- Demência Devido à Doença de Parkinson
- Demência Devido à Doença de Huntington
- Demência Devido à Doença de Pick
- Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob
- Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais
- Demência Persistente Induzida por Substância e
- Demência Devido a Múltiplas Etiologias

Além disso, a categoria Demência Sem Outra Especificação é incluída nesta seção para apresentações nas quais o clínico é incapaz de determinar uma etiologia específica para os múltiplos déficits cognitivos.

### Características Diagnósticas

A característica essencial de uma demência é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo. Os déficits cognitivos devem ser suficientemente severos para comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento. Um diagnóstico de demência não deve ser feito se os déficits cognitivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium. Entretanto, demência e delirium podem ambos ser diagnosticados, se a demência está presente em períodos de ausência de delirium. A demência pode estar etiologicamente relacionada a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes do uso de uma substância (incluindo exposição a toxinas) ou a uma combinação desses fatores. Um comprometimento da memória é necessário para fazer um diagnóstico de demência, sendo um sintoma inicial proeminente (Critério A1). Os indivíduos com demência ficam comprometidos em sua capacidade de aprender coisas novas, ou esquecem de coisas que anteriormente sabiam. A maioria dos indivíduos com demência tem ambas as formas de comprometimento da memória, embora às vezes seja difícil demonstrar a perda de coisas sabidas anteriormente logo no início do curso do transtorno. Eles podem perder objetos importantes como carteiras e chaves, esquecer alimentos cozinhando no fogão e se perder em locais que não lhes são familiares. Em estágios avançados de demência, o comprometimento da memória é tão severo que a pessoa se esquece de sua própria profissão, escolaridade, aniversário, membros da família e, às vezes, até mesmo seu próprio nome. A memória pode ser testada formalmente pedindo à pessoa que registre, retenha, recorde e reconheça informações. A capacidade de aprender novas informações pode ser avaliada pedindo-se ao indivíduo que memorize uma lista de palavras. O indivíduo é solicitado a repetir as palavras (registro), recordar a informação após alguns minutos (retenção, recordação) e reconhecer as palavras a partir de uma lista múltipla (reconhecimento). Os indivíduos com dificuldade para aprender novas informações não obtêm auxílio a partir de indicadores ou sugestões (por ex., questões de múltipla escolha), uma vez que não aprenderam o material inicialmente. Em comparação, indivíduos com déficits primários na recuperação podem ser auxiliados por sugestões e indicadores, uma vez que seu comprometimento reside na capacidade de acessar as recordações. A memória remota pode ser testada pedindo ao indivíduo que recorde informações pessoais ou coisas do passado que ele achava interessantes (por ex., política, esportes, variedades). Também é importante determinar (a partir do indivíduo e informantes) o impacto das perturbações da memória sobre o funcionamento do indivíduo (por ex., capacidade de trabalhar, ir às compras, cozinhar, pagar contas, voltar para casa sem se perder). A deterioração das funções da linguagem (afasia) pode manifestar-se por dificuldade na evocação de nomes de pessoas e objetos (Critério A2a). O discurso dos indivíduos com afasia pode tornar-se digressivo ou vazio, com longos circunlóquios e uso excessivo de termos indefinidos de referência tais como "coisa" e "aquilo". A compreensão da linguagem falada e escrita e a produção da linguagem também podem estar comprometidas. Em estágios avançados de demência, os indivíduos podem ficar mudos ou ter um padrão deteriorado de linguagem, caracterizado por ecolalia (isto é, fazer eco ao que é ouvido) ou palilalia (isto é, repetir os próprios sons ou palavras indefinidamente). A linguagem é testada solicitando-se ao indivíduo que nomeie objetos na sala (por ex., gravata, vestido, mesa, lâmpada) ou partes do corpo (por ex., nariz, queixo, ombro), obedeça a comandos ("Aponte para a porta e depois para a mesa") ou repita frases simples. Os



indivíduos com demência podem apresentar apraxia (isto é, prejuízo na capacidade de executar atividades motoras, apesar de as capacidades motoras, função sensorial e compreensão estarem intactas para a tarefa exigida) (Critério A2b). Eles apresentam prejuízo em sua capacidade de demonstrar com mímica o uso de objetos (por ex., pentear os cabelos) ou de executar atos motores conhecidos (por ex., acenar dizendo adeus). A apraxia pode contribuir para déficits nos atos de cozinhar, vestir-se e desenhar. As perturbações na habilidade motora podem ser testadas pedindo que o indivíduo execute funções motoras (por ex., mostrar como se escova os dentes, copiar pentágonos que se inter cruzam, montar blocos, ou arranjar varetas em desenhos específicos). Os indivíduos com demência podem apresentar agnosia (isto é, fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar de um função sensorial intacta) (Critério A2c). Por exemplo, apesar de ter acuidade visual normal, o indivíduo perde a capacidade de reconhecer objetos tais como cadeiras ou lápis. Por fim, podem tornar-se incapazes de reconhecer membros de sua família ou até mesmo sua própria imagem no espelho. Similarmente, podem ter sensações táteis normais, mas ser incapazes de identificar objetos colocados em suas mãos apenas pelo tato (por ex., uma moeda ou chaves). As perturbações no funcionamento executivo são uma manifestação comum de demência (Critério A2d) e podem estar relacionadas especialmente a transtornos do lobo frontal ou vias subcorticais associadas. O funcionamento executivo envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, seqüenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo. O prejuízo no pensamento abstrato pode ser manifestado por dificuldade em lidar com informações novas e complexas. A capacidade de abstração pode ser formalmente avaliada pedindo à pessoa que encontre semelhanças ou diferenças entre palavras relacionadas. A disfunção executiva também se evidencia em uma capacidade reduzida de mudar as configurações mentais, gerar informações novas, verbais e não-verbais e executar atividades motoras em série. Os testes da função cognitiva incluem pedir ao indivíduo que conte até 10, recite o alfabeto, subtraia séries de 7's, diga o nome de tantos animais quantos possa em 1 minuto, ou desenhe uma linha contínua consistindo de m's e n's alternados. Também é útil determinar (a partir do indivíduo e informantes) o impacto das perturbações no funcionamento executivo sobre a vida cotidiana do indivíduo (por ex., capacidade de trabalhar, planejar atividades e o orçamento doméstico). Os itens no Critério A1 (comprometimento da memória) e no Critério A2 (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação no funcionamento executivo) devem ser suficientemente severos para causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional (por ex., freqüentar a escola, trabalhar, fazer compras, vestir-se, tomar banho, tratar de assuntos financeiros e outras atividades da vida diária) e devem representar um declínio em um nível anteriormente superior de funcionamento (Critério B). A natureza e grau de comprometimento são variáveis, dependendo freqüentemente do contexto social específico do indivíduo. O mesmo nível de dano cognitivo pode prejudicar significativamente a capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa difícil, mas não algo menos complexo. Escalas padronizadas já publicadas, que medem a manutenção física (por ex., higiene pessoal), o funcionamento intelectual e a capacidade de utilizar equipamentos ou ferramentas (por ex., telefone, máquina de lavar roupas) podem ser usadas para medir a gravidade do comprometimento. A demência não é diagnosticada se esses sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium. Entretanto, um delirium pode estar sobreposto a uma demência preexistente e, neste caso, aplicam-se ambos os diagnósticos.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com demência podem desenvolver desorientação espacial e ter dificuldade com tarefas espaciais. O funcionamento viso-espacial pode ser avaliado pedindo ao indivíduo que copie desenhos, tais como um círculo, pentágonos sobrepostos e um cubo. Um fraco julgamento e fraco insight são comuns na demência. Os indivíduos podem exibir pouca ou nenhuma consciência da perda da atenção ou memória ou de outras anormalidades cognitivas. Eles podem fazer avaliações irrealistas de suas capacidades e fazer planos que não se mostram congruentes com seus déficits e prognósticos (por ex., planejar dar início a um novo negócio). Eles podem subestimar os riscos envolvidos em certas atividades (por ex., dirigir). Às vezes, eles podem ferir outras pessoas ao tornarem-se violentos. O comportamento suicida pode ocorrer, particularmente nos primeiros estágios, quando o indivíduo é mais capaz de levar avante um plano de ação. A demência se acompanha, ocasionalmente, de perturbações motoras da marcha, levando a quedas. Alguns indivíduos com demência apresentam comportamento desinibido, incluindo piadas inapropriadas, negligência à higiene pessoal, mostrando uma familiaridade indevida com estranhos ou desconsiderando regras convencionais de conduta social. Uma fala arrastada pode ocorrer na demência associada com patologia subcortical, como doença de Parkinson, doença de Huntington e alguns casos de Demência Vasculare. Os múltiplos prejuízos cognitivos da demência frequentemente estão associados com ansiedade, perturbações do humor e do sono. Delírios são comuns, especialmente aqueles envolvendo temas de perseguição (por ex., de que coisas colocadas em algum lugar e esquecidas foram roubadas). Alucinações podem ocorrer em todas as modalidades sensoriais, mas as alucinações visuais são as mais comuns. O delirium está frequentemente sobreposto à demência, porque a doença cerebral subjacente pode aumentar a suscetibilidade aos estados de confusão que podem ser produzidos por medicamentos ou outras condições médicas gerais. Os indivíduos com demência podem estar especialmente vulneráveis a estressores físicos (por ex., doença ou cirurgia menor) e psicossociais (por ex., hospitalização, luto), que podem exacerbar seus déficits intelectuais e outros problemas associados. Achados laboratoriais associados. Uma discussão dos achados laboratoriais associados específicos aos tipos de demência está incluída no texto relativo a cada demência. Invariavelmente existem anormalidades no funcionamento cognitivo e da memória, que podem ser avaliados pelo uso de exames do estado mental e testagem neuropsicológica. A neuroimagem pode auxiliar no diagnóstico diferencial de demência. A tomografia computadorizada (TC) ou a imagem por ressonância magnética (IRM) podem revelar atrofia cerebral, lesões cerebrais focais (acidentes corticais, tumores, hematomas subdurais), hidrocefalia, ou lesões cerebrais periventriculares isquêmicas. Imagens funcionais tais como tomografia por emissão de pósitron (TEP) ou tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) não são usadas rotineiramente na avaliação da demência, mas podem fornecer informações úteis ao diagnóstico diferencial (por ex., alterações no lobo parietal na doença de Alzheimer ou alterações no lobo frontal nas degenerações deste) em indivíduos sem evidências de alterações estruturais na TC ou na IRM. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Os achados associados do exame físico na demência dependem da natureza,

localização e estágio da progressão da patologia básica. A causa mais comum de demência é a doença de Alzheimer, seguida por doença vascular e, depois, por múltiplas etiologias. Outras causas de demência incluem doença de Pick, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson, doença de Huntington, lesões cerebrais traumáticas, tumores cerebrais, anóxia, transtornos infecciosos (por ex., vírus da imunodeficiência humana [HIV], sífilis), doenças por vírus lentos (por ex., doença de Creutzfeldt-Jakob), condições endócrinas (por ex., hipotireoidismo, hipercalcemia, hipoglicemia), deficiências vitamínicas (por ex., deficiências de tiamina, niacina, vitamina B12), transtornos imunológicos (por ex., polimialgia reumática, lúpus eritematoso sistêmico), condições hepáticas, condições metabólicas (por ex., doença de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática e outras doenças de armazenagem da idade adulta e infância) e outras condições neurológicas (por ex., esclerose múltipla).

### Características Específicas à Cultura e à Idade

As bagagens cultural e educacional devem ser levadas em consideração na avaliação da capacidade mental de um indivíduo. Dependendo de seus antecedentes culturais, as pessoas podem não estar familiarizadas com as informações usadas em certos testes de conhecimentos gerais (por ex., nomes de presidentes, conhecimentos geográficos), memória (por ex., data de nascimento em culturas que normalmente não celebram aniversários) e orientação (por ex., o senso de lugar e localização pode ter uma conceitualização diferente, em algumas culturas). A prevalência de diferentes causas de demência (por ex., infecções, deficiências nutricionais, traumatismos cranianos, condições endócrinas, doenças cerebrovasculares, transtornos convulsivos, tumores cerebrais, abuso de substâncias) varia acentuadamente entre os grupos culturais. A idade de início da demência depende de sua etiologia, mas em geral ocorre tardiamente, sendo a mais alta prevalência acima dos 85 anos de idade. Uma deterioração significativa da memória e de múltiplas habilidades cognitivas, requisitos para o diagnóstico de demência, pode ser difícil de documentar em crianças muito pequenas. Portanto, o diagnóstico de demência pode não ser prático até uma idade mais avançada da criança (geralmente entre os 4 e os 6 anos). Em indivíduos com menos de 18 anos que apresentam Retardo Mental, um diagnóstico adicional de demência deve ser feito apenas se a condição não é caracterizada satisfatoriamente apenas pelo diagnóstico de Retardo Mental. A demência é incomum em crianças e adolescentes, mas pode ocorrer em decorrência de condições médicas gerais (por ex., traumatismo craniano, tumores cerebrais, infecção com HIV, acidentes cerebrovasculares, adrenoleucodistrofias). A demência em crianças pode apresentar-se como uma deterioração do funcionamento (como em adultos) ou como um atraso ou desvio significativo em relação ao desenvolvimento normal. Uma deterioração do desempenho escolar também pode ser um sinal precoce da condição.

### Prevalência

A prevalência relatada de demência varia entre os estudos epidemiológicos, dependendo dos seguintes fatores: idade dos sujeitos amostrados; métodos de determinação da presença, gravidade e tipo de prejuízo cognitivo; e regiões ou países estudados. Estudos comunitários estimaram uma prevalência prospectiva em 1 ano de quase 3% com severo prejuízo cognitivo na população adulta. O estudo avaliou os indivíduos com um instrumento breve, que determina o estado cognitivo atual (o Mini-Exame do Estado Mental), e não identifica diagnósticos específicos. Estima-se que 2-4% da população com mais de 65 anos têm Demência do Tipo Alzheimer, com outros tipos sendo muito menos comuns. A prevalência da demência, especialmente Demência do Tipo Alzheimer e Demência Vascular, aumenta com a idade, particularmente após os 75 anos, com uma prevalência de 20% ou mais depois dos 85 anos.

## Curso

Historicamente, o termo demência implicava um curso progressivo ou irreversível. A definição do DSM-IV de demência, entretanto, está baseada em um padrão de déficits cognitivos e não envolve qualquer conotação envolvendo o prognóstico. A demência pode ser progressiva, estática ou remitente. A reversibilidade de uma demência ocorre em função da patologia básica e da disponibilidade e da aplicação oportuna de um tratamento efetivo. O modo de início e o curso subsequente da demência também dependem da etiologia básica. O nível de incapacitação depende não apenas da gravidade dos prejuízos cognitivos do indivíduo, mas também dos suportes sociais disponíveis. Na demência avançada, o indivíduo pode tornar-se totalmente indiferente ao que o cerca e necessitar de constantes cuidados. Os indivíduos com demência severa são suscetíveis a acidentes e doenças infecciosas, que freqüentemente são fatais.

## Diagnóstico Diferencial

O comprometimento da memória ocorre tanto no delirium quanto na demência. O delirium também caracteriza-se por uma capacidade reduzida de manter e deslocar a atenção apropriadamente. O curso clínico pode ajudar a diferenciar entre o delirium e a demência. Tipicamente, os sintomas no delirium apresentam flutuação e os sintomas na demência permanecem relativamente estáveis. Múltiplos prejuízos cognitivos que persistem de uma forma inalterada por mais de alguns meses sugerem demência, ao invés de delirium. Este pode estar sobreposto a uma demência, aplicando-se, neste caso, ambos os diagnósticos. Em situações nas quais não está claro se os déficits cognitivos se devem a delirium ou demência, pode ser útil fazer um diagnóstico provisório de delirium e observar a pessoa atentamente, enquanto continuam os esforços para a identificação da natureza da perturbação. Um transtorno amnésico é caracterizado por prejuízo severo da memória sem outros prejuízos significativos do funcionamento cognitivo (isto é, afasia, apraxia, agnosia ou perturbações no funcionamento executivo). A suposta etiologia determina o diagnóstico específico da demência. Caso o clínico determine que a demência se deve a múltiplas etiologias, múltiplos códigos baseados nas demências específicas e suas etiologias devem ser

usados. Na Demência Vascular, sinais neurológicos focais (por ex., exagero dos reflexos tendinosos profundos, resposta extensora plantar) e evidências laboratoriais de doença vascular que supostamente estão relacionadas com a demência estão presentes. O curso clínico da Demência Vascular é variável e tipicamente progride em etapas. A presença de Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais (por ex., doença de Pick, HIV) requer evidências, a partir da história, exame físico e testes laboratoriais apropriados, de que uma condição médica geral está etiologicamente relacionada com a demência. O início da deterioração (gradual ou súbito) e seu curso (agudo, subagudo ou crônico) podem ser úteis para sugerir a etiologia. A gravidade do prejuízo no funcionamento cognitivo, por exemplo, freqüentemente permanece estática após traumatismo craniano, encefalite ou acidente vascular cerebral. Múltiplos déficits cognitivos que ocorrem apenas no contexto do uso de substâncias são diagnosticados como Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância. Se a demência resulta dos efeitos persistentes de uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a toxina), então aplica-se o diagnóstico de Demência Persistente Induzida por Substância. Outras causas de demência (por ex., Demência Devido a uma Condição Médica Geral) devem sempre ser consideradas, mesmo em uma pessoa com Dependência de Substância. Por exemplo, o traumatismo craniano não é infreqüente durante o uso de uma substância e pode ser subjacente à demência. A Demência do Tipo Alzheimer é atualmente um diagnóstico de exclusão, e outras causas para os déficits cognitivos (ver antes) devem ser descartadas primeiro. Além disso, o curso é caracterizado por início gradual e declínio cognitivo contínuo. Nos casos em que existem evidências insuficientes para determinar se a demência se deve a uma condição médica geral ou é induzida por substância, deve-se codificar Demência Sem Outra Especificação. Os indivíduos podem apresentar-se com alguns, mas não todos os sintomas de demência. Essas apresentações devem ser codificadas como Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação. O Retardo Mental é caracterizado por um atual funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos. O Retardo Mental não está necessariamente associado com comprometimento da memória. Em comparação, o início da demência geralmente ocorre em idade avançada. Se o início da demência se dá antes dos 18 anos, tanto demência quanto Retardo Mental podem ser diagnosticados, se os critérios para ambos os transtornos são satisfeitos. A documentação de uma deterioração significativa na memória e em outras habilidades cognitivas, necessária para o diagnóstico de demência, pode ser difícil em menores de 4 anos de idade. Em indivíduos com menos de 18 anos, o diagnóstico de demência deve ser feito apenas se a condição não se caracteriza satisfatoriamente pelo diagnóstico apenas de Retardo Mental. A Esquizofrenia pode também estar associada com múltiplos prejuízos cognitivos e um declínio no funcionamento, mas a Esquizofrenia difere da demência em sua idade de início geralmente mais precoce, seu padrão sintomático característico e a ausência de uma condição médica geral etiológica ou substância específica. Tipicamente, o prejuízo cognitivo associado com a Esquizofrenia é menos severo do que aquele visto na Demência. O Transtorno Depressivo Maior pode estar associado com queixas de comprometimento da memória, dificuldade para pensar e se concentrar e capacidades intelectuais gerais diminuídas. Os indivíduos às vezes têm um fraco desempenho em exames do estado mental e testagens neuropsicológicas. Particularmente em pessoas idosas, muitas vezes é difícil determinar se os sintomas cognitivos são melhor explicados por uma demência ou por um Episódio Depressivo

Maior. Este diagnóstico diferencial pode ser consubstanciado por uma avaliação médica completa e uma determinação do início da perturbação, seqüência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, curso da doença, história familiar e resposta ao tratamento. O estado pré-mórbido do indivíduo pode ajudar a diferenciar a "pseudodemência" (isto é, prejuízos cognitivos devido a um Episódio Depressivo Maior) da demência. Nesta, existe habitualmente uma história pré-mórbida de declínio nas funções cognitivas, enquanto o indivíduo com um Episódio Depressivo Maior está muito mais propenso a ter um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão. Caso o clínico determine que tanto uma demência quanto um Transtorno Depressivo Maior estão presentes, com etiologias independentes, ambas as condições devem ser diagnosticadas. A demência deve ser diferenciada da Simulação e do Transtorno Factício. Os padrões de déficits cognitivos presentes na Simulação e no Transtorno Factício em geral não são consistentes ao longo do tempo e não são característicos daqueles tipicamente vistos na demência. Os indivíduos com Transtorno Factício ou Simulação que manifestam demência podem, por exemplo, fazer cálculos ao contar pontos durante um jogo de cartas, mas depois declarar-se incapazes de fazer cálculos similares durante um exame do estado mental. A demência deve ser diferenciada do declínio normal no funcionamento cognitivo que ocorre com o envelhecimento (como no Declínio Cognitivo Relacionado à Idade). O diagnóstico de demência é indicado apenas quando existem evidências demonstráveis de maior comprometimento da memória e cognitivo do que seria esperado, levando-se em conta os processos normais de envelhecimento e se os sintomas causam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

## **F00.xx - Demência Tipo ALZHEIMER**

### Características Diagnósticas

Os déficits cognitivos (Critério A) e o comprometimento exigido para este diagnóstico (Critério B) são discutidos às pp. 130-133. O início da demência do Tipo Alzheimer é gradual e envolve declínio cognitivo contínuo (Critério C). Em vista da dificuldade de se obter evidências patológicas diretas da presença da doença de Alzheimer, o diagnóstico apenas pode ser feito quando outras etiologias para demência foram descartadas. Especificamente, os déficits cognitivos não se devem a outras condições do sistema nervoso central causadoras de déficits progressivos da memória e cognição (por ex., doença cerebrovascular, doença de Parkinson, doença de Huntington), condições sistêmicas que comprovadamente causam demência (por ex., hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, infecção com HIV), ou efeitos persistentes de uma substância (por ex., álcool) (Critério D). Caso exista uma etiologia adicional, ambos os tipos de demência devem ser codificados. A Demência do Tipo Alzheimer não deve ser diagnosticada se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o delirium (Critério E). Entretanto, este pode estar sobreposto a uma Demência preexistente do Tipo Alzheimer, devendo, neste caso, ser indicado o subtipo Com Delirium. Finalmente, os déficits cognitivos não são melhor explicados por um outro

transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Esquizofrenia) (Critério F).

## Subtipos e Especificadores

A idade de início da Demência do Tipo Alzheimer pode ser indicada pelo uso de um dos seguintes subtipos:

**Com Início Precoce.** Este subtipo é usado se o início da demência ocorre aos 65 anos ou antes.

**Com Início Tardio.** Este subtipo é usado se o início da demência ocorre após os 65 anos de idade. Os subtipos seguintes (cada um com seu próprio código individual) devem ser usados para indicar o aspecto predominante da apresentação clínica atual:

**Com Delirium.** Este subtipo é usado se o delirium está sobreposto à demência.

**Com Delírios.** Este subtipo é usado se os delírios são a característica predominante.

**Com Humor Deprimido.** Este subtipo é usado se o humor deprimido (incluindo apresentações que satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior) é a característica predominante. Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado. Sem Complicações. Este subtipo é usado se nenhum dos subtipos acima predomina na apresentação clínica atual. O especificador Com Perturbação do Comportamento (que não pode ser codificado) também é usado para indicar perturbações do comportamento clinicamente significativas (por ex., se o indivíduo sai vagando pelas ruas). Procedimentos de Registro Por convenção da CID-9-MC, apenas Demência do Tipo Alzheimer e Demência Vascular são subtipos codificáveis. Os códigos diagnósticos são selecionados da seguinte maneira:

\* Para Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, o código depende do subtipo para aspectos predominantes: 290.11 para Com Delirium, F00.01 - 290.12 para Com Delírios, F00.03 - 290.13 para Com Humor Deprimido e F00.00 - 290.10 para Sem Complicações.

\* Para Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, o código também depende do subtipo para aspectos predominantes: 290.3 para Com Delirium, F00.11 - 290.20 para Com Delírios, F00.13 - 290.21 para Com Humor Deprimido e F00.10 - 290.0 para Sem Complicações. O especificador Com Perturbação do Comportamento não é codificado, podendo ser aplicado a cada um dos subtipos acima (por ex., 290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Deprimido, Com Perturbação do Comportamento). Além disso, 331.0 doença de Alzheimer deve ser codificado no Eixo III.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Ver p. 133 para uma discussão geral dos aspectos e transtornos associados com a demência. A prevalência da Demência do Tipo Alzheimer é aumentada em indivíduos com síndrome de Down e em indivíduos com história de traumatismo craniano. Alterações patológicas características da doença de Alzheimer estão presentes no cérebro de indivíduos com síndrome de Down quando estes ingressam na casa dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência em geral se manifestam apenas mais tarde. Achados laboratoriais associados. Na maioria dos casos, uma atrofia cerebral está presente na Demência do Tipo Alzheimer, com sulcos corticais mais largos e ventrículos cerebrais maiores do que seria de se esperar pelo processo normal de envelhecimento. Isto pode ser [138]demonstrado por tomografia computadorizada (TC) ou imagem por ressonância magnética (IRM). O exame microscópico em geral revela alterações histopatológicas, incluindo placas senis, emaranhados neurofibrilares, degeneração granulovascular, perda neural, glicose astrocítica e angiopatia amilóide. Corpos de Lewy ocasionalmente são vistos nos neurônios corticais. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas Nos primeiros anos da doença, poucos sinais motores e sensoriais estão associados com a Demência do Tipo Alzheimer. Posteriormente no curso da doença, podem aparecer mioclono e perturbação da marcha. Em aproximadamente 10% dos indivíduos com o transtorno ocorrem convulsões.

## Prevalência

Estima-se que 2 a 4% da população com mais de 65 anos apresentem Demência do Tipo Alzheimer. A prevalência aumenta com a idade, particularmente após os 75 anos.

## Curso

Apresentamos na p. 134 uma discussão geral acerca do curso da demência. O curso da Demência do Tipo Alzheimer tende a ser lentamente progressivo, com uma perda anual de 3-4 pontos em um instrumento padronizado de avaliação como o Mini-Exame do Estado Mental. Vários padrões deficitários são vistos, sendo um dos mais comuns o início insidioso, com déficits precoces na memória recente seguidos pelo desenvolvimento de afasia, apraxia e agnosia após vários anos. Alguns indivíduos podem apresentar alterações da personalidade ou maior irritabilidade nos primeiros estágios. Nos estágios posteriores da doença, os indivíduos podem desenvolver perturbações motoras e da marcha, podendo por fim ficar mudos e confinados ao leito. A duração média da doença a partir do início dos sintomas até a morte é de 8-10 anos.

## Padrão Familiar

Comparados com a população em geral, os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, estão mais



propensos a desenvolver o transtorno. Os casos de início tardio também podem ter um componente genético. A demência do Tipo Alzheimer é herdada, em algumas famílias, como um traço dominante com ligação a vários cromossomos, incluindo os cromossomos 21, 14 e 19. Entretanto, a proporção de casos relacionados a anormalidades específicas herdadas é desconhecida.

#### Critérios Diagnósticos para F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):

(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)

(2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:

(a) afasia (perturbação da linguagem) (b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto) (c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto) (d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)

C. O curso caracteriza-se por um início gradual e um declínio cognitivo contínuo.

D. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 não se devem a quaisquer dos seguintes fatores:

(1) outras condições do sistema nervoso central que causam déficits progressivos na memória e cognição (por ex., doença cerebrovascular, doença de Parkinson, doença de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, tumor cerebral) (2) condições sistêmicas que comprovadamente causam demência (por ex., hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, deficiência de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infecção com HIV) (3) condições induzidas por substâncias

E. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium.

F. A perturbação não é melhor explicada por um outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Esquizofrenia).

Codificar com base no tipo de início e características predominantes:

Com Início Precoce: se o início ocorre aos 65 anos ou antes.

290.11 Com Delirium: se delirium está sobreposto à demência.

F00.01 - 290.12 Com Delírios: se delírios são a característica predominante.

F00.03 - 290.13 Com Humor Deprimido: se humor deprimido (incluindo apresentações que satisfazem todos os critérios de sintomas para um Episódio Depressivo Maior) é uma característica predominante. Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a Uma Condição Médica Geral não é dado.

F00.00 - 290.10 Sem Complicações: se nenhuma das características acima predomina na apresentação clínica atual.

Com Início Tardio: se o início ocorre após os 65 anos de idade.

290.3 Com Delirium: se delirium está sobreposto à demência.

F00.11 - 290.20 Com Delírios: se delírios são a característica predominante.

F00.13 - 290.21 Com Humor Deprimido: se humor deprimido (incluindo apresentações que satisfazem todos os critérios de sintomas para um Episódio Depressivo Maior) é uma característica predominante. Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado.

F00.10 - 290.0 Sem Complicações: se nenhuma das características acima predomina na apresentação clínica atual.

Especificar se: Com Perturbação do Comportamento Nota para a codificação: Codificar também 331.0 doença de Alzheimer no Eixo III.

## **Transtornos de Amnésia**

### **Transtornos Dissociativos**

A característica essencial dos Transtornos Dissociativos é uma perturbação nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. O distúrbio pode ser súbito ou gradual, transitório ou crônico. Esta seção compreende os seguintes transtornos:

Amnésia Dissociativa, caracterizada por uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal.

Fuga Dissociativa, caracterizada por uma viagem súbita e inesperada para longe de casa ou do local habitual de trabalho, acompanhada por uma incapacidade de recordar o próprio passado e confusão acerca da identidade pessoal ou adoção de uma nova identidade.

Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla), caracterizado pela presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos, que assumem recorrentemente o controle do comportamento do indivíduo, acompanhada por uma incapacidade de recordar importantes informações pessoais e demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal.

Transtorno de Despersonalização, caracterizado por um sentimento persistente ou recorrente de estar distanciado dos próprios processos mentais ou do próprio corpo, acompanhado por um teste de realidade intacto. Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação, é incluído para a codificação de transtornos cuja característica predominante é um sintoma dissociativo, que, no entanto, não reúne os critérios para qualquer Transtorno Dissociativo específico.

Os sintomas dissociativos também são incluídos nos conjuntos de critérios para Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Somatização. Um diagnóstico adicional de Transtorno Dissociativo não é dado se os sintomas dissociativos ocorrem exclusivamente durante o curso de um destes transtornos. Em algumas classificações, a reação conversiva é considerada um fenômeno dissociativo; entretanto, no DSM-IV, o Transtorno Conversivo é colocado na seção "Transtornos Somatoformes", para salientar a importância de se levar em conta condições neurológicas ou outras condições médicas gerais no diagnóstico diferencial. Uma perspectiva transcultural é particularmente importante na avaliação dos Transtornos Dissociativos, uma vez que, em muitas sociedades, estados dissociativos são uma expressão comum e aceita de atividades culturais ou de experiências religiosas. A dissociação não deve ser considerada como inerentemente patológica e muitas vezes não acarreta sofrimento ou prejuízo significativos ou leva a uma busca de auxílio. Entretanto, diversas síndromes culturalmente definidas, caracterizadas por dissociação, causam real sofrimento e prejuízo e são reconhecidas nos locais em que ocorrem como manifestações de patologia.

#### **F44.0 - 300.12 - Amnésia Dissociativa**

(anteriormente Amnésia Psicogênica)

##### Características Diagnósticas

A característica essencial da Amnésia Dissociativa é uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal (Critério A). Este transtorno envolve um prejuízo reversível da memória, no qual recordações da experiência pessoal não podem ser recuperadas em uma forma verbal (ou, se são temporariamente recuperadas, não podem ser completamente retidas na consciência). O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de Transtorno Dissociativo de Identidade, Fuga Dissociativa, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo ou Transtorno de Somatização, nem é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância, uma condição neurológica ou outra condição médica geral (Critério B). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente

significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). A Amnésia Dissociativa apresenta-se, com maior frequência, como uma lacuna ou série de lacunas, relatada retrospectivamente, na recordação de aspectos da história de vida do indivíduo. Essas lacunas habitualmente estão relacionadas a eventos traumáticos ou muito estressantes. Alguns indivíduos podem ter amnésia para episódios de automutilação, ataques violentos ou tentativas de suicídio. Com menor frequência, a Amnésia Dissociativa apresenta-se como um episódio exuberante com aparecimento súbito. Esta forma aguda é mais provável em tempos de guerra ou em resposta a um desastre natural. Diversos tipos de distúrbios de memória foram descritos na Amnésia Dissociativa. Na amnésia localizada, o indivíduo não consegue recordar eventos que ocorreram durante um período limitado de tempo, em geral as primeiras horas após um evento profundamente perturbador (por ex., o sobrevivente que saiu ileso de um acidente automobilístico no qual um membro da família morreu, pode não ser capaz de recordar coisa alguma do que aconteceu desde o momento do acidente até 2 dias mais tarde). Na amnésia seletiva, a pessoa consegue recordar alguns, mas não todos os eventos durante um período limitado de tempo (por ex., um veterano de guerra consegue recordar apenas algumas partes de uma série de experiências de combate violento). Três outros tipos de amnésia — generalizada, contínua e sistematizada — são menos comuns. Na amnésia generalizada, o fracasso em recordar abrange toda a vida da pessoa. Os indivíduos com este raro transtorno em geral se apresentam à polícia, a salas de emergência ou a serviços de consultoria-ligação de hospitais gerais. A amnésia contínua é definida como uma incapacidade de recordar eventos subsequentes a um momento específico (inclusive) até o presente. A amnésia sistematizada representa a perda de memória para certas categorias de informações, tais como todas as recordações envolvendo a própria família ou uma determinada pessoa. Os indivíduos que exibem esses últimos três tipos de Amnésia Dissociativa podem por fim receber um diagnóstico de uma forma mais complexa de Transtorno Dissociativo (por ex., Transtorno Dissociativo de Identidade).

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Alguns indivíduos com Amnésia Dissociativa relatam sintomas depressivos, despersonalização, estados de transe, analgesia e regressão etária espontânea. Eles podem responder perguntas de maneira incorreta e aproximada (por ex., "2 mais 2 é igual a 5"), como na síndrome de Ganser. Outros problemas que ocasionalmente acompanham este transtorno incluem disfunção sexual, prejuízo no trabalho ou nos relacionamentos interpessoais, automutilação, impulsos agressivos, impulsos e atos suicidas. Os indivíduos com Amnésia Dissociativa também podem ter sintomas que satisfazem os critérios para Transtorno Conversivo, Transtorno do Humor ou Transtorno da Personalidade.

### Achados laboratoriais associados

Os indivíduos com Amnésia Dissociativa frequentemente exibem alta suscetibilidade à hipnose, medida por testagem estandardizada.

## Características Específicas à Idade

A Amnésia Dissociativa é especialmente difícil de avaliar em crianças pré-adolescentes, porque pode ser confundida com desatenção, ansiedade, comportamento de oposição, Transtornos de Aprendizagem, distúrbios psicóticos e amnésia da infância adequada ao desenvolvimento (isto é, a recordação diminuída de eventos autobiográficos que ocorreram antes dos 5 anos de idade). Uma observação seqüencial ou avaliações por diversos examinadores diferentes (por ex., professor, terapeuta, assistente social) podem ser necessárias para diagnosticar corretamente a Amnésia Dissociativa em crianças.

## Prevalência

Nos últimos anos houve, nos Estados Unidos, um aumento dos casos relatados de Amnésia Dissociativa que envolve traumas sofridos em uma fase precoce da infância e anteriormente esquecidos. Este aumento tem sido objeto de interpretações bastante diversas. Alguns acreditam que a maior conscientização do diagnóstico entre os profissionais da saúde mental resultou na identificação de casos anteriormente não diagnosticados. Em contrapartida, outros crêem que a síndrome tem sido excessivamente diagnosticada em indivíduos altamente sugestionáveis.

## Curso

A Amnésia Dissociativa pode apresentar-se em qualquer grupo etário, de crianças pequenas a adultos. A principal manifestação, na maioria dos indivíduos, é uma lacuna retrospectiva na memória. A duração relatada dos eventos para os quais existe a amnésia pode ser de minutos a anos. Apenas um único episódio de amnésia pode ser relatado, embora dois ou mais episódios também sejam habitualmente descritos. Os indivíduos que tiveram um episódio de Amnésia Dissociativa podem estar predispostos ao desenvolvimento de amnésia a circunstâncias traumáticas subseqüentes. A amnésia aguda pode resolver-se espontaneamente após o indivíduo ser removido das circunstâncias traumáticas com as quais a amnésia estava associada (por ex., um soldado com amnésia localizada após vários dias de intenso combate pode recuperar espontaneamente a memória destas experiências após ser removido do campo de batalha). Alguns indivíduos com amnésia crônica podem começar a recordar gradualmente as lembranças dissociadas; outros podem desenvolver uma forma crônica de amnésia.

## Diagnóstico Diferencial

A Amnésia Dissociativa deve ser diferenciada do Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral, no qual a amnésia é considerada uma consequência fisiológica direta de uma condição neurológica específica ou de outra condição médica geral (por ex., traumatismo craniano, epilepsia). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. No Transtorno Amnésico Devido à Lesão Cerebral, o distúrbio de memória, embora limitado, frequentemente é retrógrado, envolvendo um período anterior ao traumatismo craniano, e existe, habitualmente, uma história de um claro trauma físico, um período de inconsciência ou evidências clínicas de dano cerebral. Em contrapartida, na Amnésia Dissociativa, o distúrbio de memória é quase sempre anterógrado (isto é, a perda da memória está restrita ao período após o trauma). Os casos raros de Amnésia Dissociativa com amnésia retrógrada podem ser diferenciados pelo uso diagnóstico da hipnose; a pronta recuperação das recordações perdidas sugere uma base dissociativa para o distúrbio. Nos transtornos convulsivos, o prejuízo de memória tem início súbito, anormalidades motoras podem estar presentes e repetidos EEGs revelam anormalidades típicas. No delírium e na demência, a perda de memória para informações pessoais faz parte de um conjunto bem mais extenso de perturbações cognitivas, lingüísticas, afetivas, de atenção, perceptuais e comportamentais. Em contraste, na Amnésia Dissociativa, a perda de memória envolve primariamente informações autobiográficas e as capacidades cognitivas geralmente são preservadas. A amnésia associada com uma condição médica geral comumente é irreversível. A perda de memória associada com o uso de substâncias ou medicamentos deve ser diferenciada da Amnésia Dissociativa. Um Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância deve ser diagnosticado se o clínico considerar que existe uma perda persistente de memória relacionada com os efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso ou um medicamento). Enquanto a capacidade de armazenar novas recordações na Amnésia Dissociativa encontra-se preservada, no Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância a memória de curto prazo está prejudicada (isto é, os eventos podem ser recordados imediatamente após sua ocorrência, mas não após terem passado alguns minutos). A perda de memória associada à Intoxicação com Substância (por ex., blackouts) pode ser distinguida da Amnésia Dissociativa pela associação da perda de memória com o uso pesado de uma substância e pelo fato de a amnésia em geral ser irreversível. O sintoma de amnésia dissociativa é um aspecto característico tanto da Fuga Dissociativa quanto do Transtorno Dissociativo de Identidade. Portanto, se a amnésia dissociativa ocorre exclusivamente durante o curso de Fuga Dissociativa ou Transtorno Dissociativo de Identidade, um diagnóstico separado de Amnésia Dissociativa não é feito. Uma vez que a despersonalização é um aspecto associado da Amnésia Dissociativa, a despersonalização que ocorre apenas durante a Amnésia Dissociativa não deve ser diagnosticada separadamente como Transtorno de Despersonalização. No Transtorno de Estresse Pós-Traumático e no Transtorno de Estresse Agudo, pode haver amnésia para o evento traumático. Da mesma forma, os sintomas dissociativos tais como amnésia são incluídos no conjunto de critérios para Transtorno de Somatização. A Amnésia Dissociativa não é diagnosticada se ocorre exclusivamente durante o curso desses transtornos. Não existem testes ou um conjunto de procedimentos que diferenciem inequivocamente a Amnésia Dissociativa da Simulação, mas os indivíduos com Amnésia Dissociativa em geral têm elevadas pontuações em medições padronizadas da suscetibilidade à hipnose e da capacidade dissociativa. A amnésia simulada é mais comum em indivíduos que apresentam sintomas agudos e exuberantes

em um contexto no qual um potencial ganho secundário é evidente — por exemplo, problemas financeiros ou legais ou o desejo de evitar o combate, embora a verdadeira amnésia também possa estar associada com esses estressores. É preciso ter cautela na avaliação das recordações recuperadas, porque os informantes com frequência são altamente sugestionáveis. Existem controvérsias consideráveis envolvendo a amnésia relacionada ao abuso físico e sexual, em especial quando o abuso supostamente ocorreu durante os primeiros anos da infância. Alguns profissionais acreditam que existe um subrelato desses eventos, especialmente porque as vítimas em geral são crianças e os perpetradores tendem a negar ou distorcer suas ações. Entretanto, outros clínicos preocupam-se com a possibilidade de haver superrelato, particularmente devido à falta de confiabilidade das recordações infantis. Atualmente não existe um método para determinar com certeza a acuidade dessas recordações recuperadas na ausência de evidências corroboradoras. A Amnésia Dissociativa também deve ser diferenciada da perda de memória relacionada ao Declínio Cognitivo Relacionado à Idade e formas não-patológicas de amnésia, que incluem perda de memória cotidiana, amnésia pós-hipnótica, amnésia infantil e amnésia para o sono e sonhos. A Amnésia Dissociativa pode ser diferenciada de lacunas de memória normais pela natureza involuntária e intermitente da incapacidade de recordar e pela presença de significativo sofrimento ou prejuízo.

#### Critérios Diagnósticos para F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa

A. A perturbação predominante consiste de um ou mais episódios de incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal.

B. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de Transtorno Dissociativo de Identidade, Fuga Dissociativa, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo ou Transtorno de Somatização, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento), de uma condição neurológica ou de outra condição médica geral (por ex., Transtorno Amnésico Devido a Traumatismo Craniano).

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

#### **F44.1 - 300.13 - Fuga Dissociativa**

(anteriormente Fuga Psicogênica)

## Características Diagnósticas

A característica essencial da Fuga Dissociativa é uma viagem súbita e inesperada para longe de casa ou do local costumeiro de atividades diárias do indivíduo, com incapacidade de recordar parte ou todo o próprio passado (Critério A). Isto é acompanhado por confusão acerca da identidade pessoal ou mesmo adoção de uma nova identidade (Critério B). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Dissociativo de Identidade nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério C). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D). A viagem pode variar desde breves afastamentos durante períodos relativamente curtos (isto é, horas ou dias), até roteiros complexos, geralmente discretos, por longos períodos (por ex., semanas ou meses); há relatos de indivíduos que cruzam diversas fronteiras nacionais e viajam milhares de quilômetros. Durante uma fuga, os indivíduos em geral parecem não ter psicopatologia e não despertam atenção. Em algum momento, o indivíduo é levado à atenção clínica, geralmente por causa de amnésia para eventos recentes ou falta de consciência da identidade pessoal. Retornando ao estado pré-fuga, a pessoa pode não recordar o que ocorreu durante a fuga. A maioria das fugas não envolve a formação de uma nova identidade. Se uma nova identidade é assumida durante a fuga, esta habitualmente é caracterizada por traços mais gregários e desinibidos do que os que caracterizavam a identidade anterior. A pessoa pode assumir um novo nome, uma nova residência e envolver-se em atividades sociais complexas e bem integradas, que não sugerem a presença de um transtorno mental.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Após o retorno ao estado pré-fuga, pode-se observar uma amnésia para eventos traumáticos do passado do indivíduo (por ex., após o término de uma longa fuga, um soldado permanece amnésico para eventos da guerra ocorridos há vários anos, nos quais seu melhor amigo foi morto). Depressão, disforia, tristeza, culpa, estresse psicológico, conflito e impulsos suicidas e agressivos podem estar presentes. A pessoa pode responder a perguntas de maneira incorreta e aproximada ("2 mais 2 é igual a 5"), como na síndrome de Ganser. A extensão e a duração da fuga podem determinar o grau de outros problemas, tais como perda do emprego ou severa perturbação nos relacionamentos pessoais ou familiares. Os indivíduos com Fuga Dissociativa podem ter um Transtorno do Humor, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno Relacionado a Substância.

## Características Específicas à Cultura

Indivíduos com diversas síndromes de "escapadas" culturalmente definidas (por ex., pibloktoq entre pessoas nativas do Ártico, grisi siknis entre os Miskito de Honduras e Nicarágua, o feitiço do "frenesi" dos índios navajos e algumas formas de amok entre culturas do Pacífico Oeste) podem ter sintomas que satisfazem os critérios para Fuga



Dissociativa. Estas condições são caracterizadas por um alto nível de atividade de início súbito, um estado tipo transe, comportamento potencialmente perigoso na forma de fugir ou correr, seguidos de exaustão, sono e amnésia para o episódio.

## Prevalência

Há relatos de uma taxa de prevalência de 0,2% para a Fuga Dissociativa na população geral. A prevalência pode aumentar durante períodos de eventos extremamente estressantes, tais como guerras ou desastres naturais.

## Curso

O início da Fuga Dissociativa geralmente está relacionado a eventos traumáticos, estressantes ou aterrorizantes. A maior parte dos casos é descrita em adultos. Episódios isolados são relatados com maior frequência, podendo durar de horas a meses. A recuperação em geral é rápida, mas uma Amnésia Dissociativa refratária pode persistir em alguns casos.

## Diagnóstico Diferencial

A Fuga Dissociativa deve ser diferenciada de sintomas considerados como consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., traumatismo craniano). Esta determinação está baseada na história, achados laboratoriais ou exame físico. Os indivíduos com crises parciais complexas podem vagar a esmo ou exibir um comportamento semi-intencional durante as crises ou durante estados pós-ictais, com amnésia subsequente. Entretanto, uma fuga epiléptica em geral é identificável porque o indivíduo pode ter uma aura, anormalidades motoras, comportamento estereotipado, alterações perceptuais, um estado pós-ictal e achados anormais em EEGs sequenciais. Os sintomas dissociativos considerados consequência fisiológica direta de uma condição médica geral devem ser diagnosticados como Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação. A Fuga Dissociativa também deve ser diferenciada dos sintomas causados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância. Se os sintomas de fuga ocorrem apenas durante o curso de um Transtorno Dissociativo de Identidade, a Fuga Dissociativa não deve ser diagnosticada em separado. A Amnésia Dissociativa e o Transtorno de Despersonalização não devem ser diagnosticados separadamente se sintomas de amnésia ou despersonalização ocorrem apenas durante o curso de uma Fuga Dissociativa. As andanças e viagens com um propósito que ocorrem durante um Episódio Maníaco devem ser distinguidas da Fuga Dissociativa. Como na Fuga Dissociativa, os indivíduos em um Episódio Maníaco podem relatar amnésia para algum período de suas vidas, particularmente para o comportamento que ocorre durante estados eufóricos ou depressivos. Entretanto, em um Episódio Maníaco, a viagem está associada com idéias grandiosas e outros sintomas maníacos, sendo que estes

indivíduos freqüentemente chamam a atenção por seu comportamento inadequado e não ocorre a adoção de uma identidade alternativa. Um comportamento peripatético também pode ocorrer na Esquizofrenia. A memória para eventos durante os episódios de fuga na forma de viagens em indivíduos com Esquizofrenia pode ser difícil de avaliar, devido ao discurso desorganizado do indivíduo. Entretanto, os indivíduos com Fuga Dissociativa geralmente não demonstram psicopatologia associada com Esquizofrenia (por ex., delírios, sintomas negativos). Os indivíduos com Fuga Dissociativa em geral têm altas pontuações em medições estandardizadas de suscetibilidade à hipnose e capacidade dissociativa. Entretanto, não existem testes ou um conjunto de procedimentos que diferencie invariavelmente os verdadeiros sintomas dissociativos daqueles simulados. A Simulação de estados de fuga pode ocorrer em indivíduos que tentam esquivar-se de uma situação envolvendo dificuldades legais, financeiras ou pessoais, bem como em soldados que tentam evitar o combate ou deveres militares desagradáveis (embora a verdadeira Fuga Dissociativa também possa estar associada com esses estressores). A simulação de sintomas dissociativos pode ser mantida até mesmo durante entrevistas facilitadas por hipnóticos ou barbitúricos. No contexto forense, o examinador deve sempre considerar com atenção o diagnóstico de simulação quando há alegação de fuga. Uma conduta criminal bizarra ou com pouco ganho real pode ser mais consistente com um verdadeiro distúrbio dissociativo.

#### Critérios Diagnósticos para F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa

- A. A perturbação predominante é uma viagem súbita e inesperada para longe de casa ou do local costumeiro de trabalho do indivíduo, com incapacidade de recordar o próprio passado.
- B. Confusão acerca da identidade pessoal ou adoção (parcial ou completa) de uma nova identidade.
- C. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Dissociativo de Identidade nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., epilepsia do lobo temporal).
- D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

#### **F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade**

(anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Dissociativo de Identidade é a presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos (Critério A), que recorrentemente assumem o controle do comportamento (Critério B). Existe uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, cuja extensão é demasiadamente abrangente para ser explicada pelo esquecimento normal (Critério C). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério D). Em crianças, os sintomas não podem ser atribuídos a companheiros imaginários ou a outros jogos de fantasia. O Transtorno Dissociativo de Identidade reflete um fracasso em integrar vários aspectos da identidade, memória e consciência. Cada estado de personalidade pode ser vivenciado como se possuísse uma história pessoal distinta, auto-imagem e identidade próprias, inclusive um nome diferente. Em geral existe uma identidade primária, portadora do nome correto do indivíduo, a qual é passiva, dependente, culpada e depressiva. As identidades alternativas com frequência têm nomes e características diferentes, que contrastam com a identidade primária (por ex., são hostis, controladoras e autodestrutivas). Identidades particulares podem emergir em circunstâncias específicas, diferindo em termos de idade e gênero declarados, vocabulário e conhecimentos ou afeto predominante. As identidades alternativas são vivenciadas como assumindo o controle em seqüência, uma às custas de outra, podendo negar que se conhecem, criticar umas às outras ou mostrar-se em franco conflito. Às vezes, uma ou mais identidades poderosas destinam algum tempo às demais. Identidades hostis ou agressivas podem, por vezes, interromper atividades ou colocar as outras em situações incômodas. Os indivíduos com este transtorno experimentam freqüentes lacunas de memória para a história pessoal tanto remota quanto recente. A amnésia freqüentemente é assimétrica. As identidades mais passivas tendem a ter recordações mais limitadas, enquanto as identidades mais hostis, controladoras ou "protetoras" têm recordações mais completas. Uma identidade que não está no controle pode, contudo, obter acesso à consciência, produzindo alucinações auditivas ou visuais (por ex., uma voz oferecendo instruções). Evidências de amnésia podem ser reveladas por relatos de outros que testemunharam o comportamento negado pelo indivíduo ou pelas descobertas do próprio indivíduo (por ex., encontrar peças de roupa em casa que não recorda ter comprado). Pode haver perda de memória não apenas para períodos recorrentes de tempo, mas também uma perda geral da memória biográfica para algum período extenso da infância. As transições entre as identidades freqüentemente são ativadas pelo estresse psicossocial. O tempo necessário para a mudança de uma para outra identidade é uma questão de segundos, mas, com menor freqüência, pode ser gradual. O número de identidades relatadas varia de 2 a mais de 100. Metade dos casos relatados inclui indivíduos com 10 ou menos identidades.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade freqüentemente relatam a experiência de severo abuso físico e sexual, especialmente durante a infância. A acuidade desses relatos está envolta em controvérsias, porque as recordações da infância podem estar sujeitas a distorções e os indivíduos com este transtorno tendem a ser altamente hipnotizáveis e especialmente sugestionáveis. Por outro lado, os responsáveis pelos atos de abuso físico e sexual podem inclinar-se a negar ou distorcer seu comportamento. Os

indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade podem manifestar sintomas pós-traumáticos (por ex., pesadelos, flashbacks e respostas de sobressalto) ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Automutilação e comportamento suicida e agressivo podem ocorrer. Alguns indivíduos podem ter um padrão repetitivo de [461]relacionamentos envolvendo abuso físico e sexual. Certas identidades podem experimentar sintomas conversivos (por ex., pseudoconvulsões) ou ter capacidades incomuns de controle da dor ou de outros sintomas físicos. Os indivíduos com este transtorno também podem ter sintomas que satisfazem os critérios para Transtornos do Humor, Relacionados a Substâncias, Sexuais, Alimentares ou do Sono. Comportamento automutilador, impulsividade e alterações súbitas e intensas nos relacionamentos podem indicar o diagnóstico concomitante de Transtorno da Personalidade Borderline. Achados laboratoriais associados. Os indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade têm pontuações no extremo superior da escala em medições da hipnotizabilidade e capacidade dissociativa. Existem relatos de variação nas funções fisiológicas entre os estados de identidade (por ex., diferenças na acuidade visual, tolerância à dor, sintomas de asma, sensibilidade a alérgenos e resposta da glicose sanguínea à insulina). Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Pode haver cicatrizes por ferimentos auto-infligidos ou por abuso físico. Os indivíduos com este transtorno podem ter enxaqueca e outros tipos de cefaléia, síndrome do cólon irritável e asma.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Foi sugerido que as taxas relativamente altas do transtorno recentemente relatadas nos Estados Unidos poderiam indicar que esta é uma síndrome específica à cultura. Em crianças pré-adolescentes, é necessário ter um cuidado especial ao fazer o diagnóstico, porque as manifestações podem ser menos nítidas do que em adolescentes e adultos. O Transtorno Dissociativo de Identidade é diagnosticado três a nove vezes mais frequentemente em mulheres adultas do que em homens adultos; na infância, a razão masculino/feminino pode ser mais uniforme, mas os dados são limitados. As mulheres tendem a ter maior número de identidades do que os homens, em média 15 ou mais, enquanto a média para os homens é de aproximadamente 8 identidades.

### Prevalência

O aumento agudo nos casos relatados de Transtorno Dissociativo de Identidade nos Estados Unidos, nos últimos anos, tem sido objeto de interpretações bastante diversas. Alguns acreditam que uma maior consciência quanto ao diagnóstico entre os profissionais da saúde mental resultou na identificação de casos anteriormente não diagnosticados. Em contrapartida, outros acreditam que a síndrome tem sido excessivamente diagnosticada em indivíduos altamente sugestionáveis.

### Curso

O Transtorno Dissociativo de Identidade parece ter um curso clínico flutuante, com tendência a ser crônico e recorrente. O período médio desde a primeira apresentação sintomática até o diagnóstico é de 6 a 7 anos. Um curso episódico e um curso contínuo foram descritos. O transtorno pode tornar-se menos manifesto quando os indivíduos passam dos 40 anos, mas pode reemergir durante episódios de estresse, trauma ou Abuso de Substância.

### Padrão Familiar

Diversos estudos sugerem que o Transtorno Dissociativo de Identidade é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com o transtorno do que na população geral.

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Dissociativo de Identidade deve ser diferenciado de sintomas causados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., um transtorno convulsivo) (ver p. 161). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. O Transtorno Dissociativo de Identidade deve ser diferenciado de sintomas dissociativos devido a crises parciais complexas, embora os dois transtornos possam co-ocorrer. Os episódios convulsivos geralmente são breves (30 segundos a 5 minutos) e não há envolvimento de estruturas complexas e persistentes de identidade ou comportamento, tipicamente encontrados no Transtorno Dissociativo de Identidade. Além disso, uma história de abuso físico ou sexual é menos comum em indivíduos com crises parciais complexas. Estudos de EEG, especialmente com privação do sono e com eletrodos nasofaríngeos, podem ajudar a esclarecer o diagnóstico diferencial. Os sintomas causados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância podem ser distinguidos do Transtorno Dissociativo de Identidade pelo fato de que uma substância (por ex., uma droga de abuso ou um medicamento) parece estar etiologicamente relacionada com o distúrbio. O diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade assume precedência sobre Amnésia Dissociativa, Fuga Dissociativa e Transtorno de Despersonalização. Os indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade podem ser distinguidos daqueles com sintomas de transe e de possessão que seriam diagnosticados como Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação pelo fato de que os indivíduos com sintomas de transe e de possessão tipicamente descrevem espíritos externos ou entidades que entraram em seus corpos e assumiram o controle. Existem controvérsias envolvendo o diagnóstico diferencial entre o Transtorno Dissociativo de Identidade e uma variedade de outros transtornos mentais, incluindo Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, Transtorno Bipolar, Com Ciclagem Rápida, Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Somatização e Transtornos da Personalidade. Alguns profissionais acreditam que o Transtorno Dissociativo de Identidade tem sido subdiagnosticado (por ex., a presença de mais de um estado dissociado da personalidade pode ser tomada por um delírio, ou a comunicação de uma identidade com outra ser interpretada como alucinação auditiva, levando à confusão com Transtornos Psicóticos; mudanças entre os estados de

identidade podem ser confundidas com flutuações cíclicas do humor, levando à confusão com o Transtorno Bipolar). Em contrapartida, outros preocupam-se com a possibilidade de que o Transtorno Dissociativo de Identidade seja excessivamente diagnosticado com relação a outros transtornos mentais, com base no interesse dos meios de comunicação por este transtorno e na natureza sugestionável dos indivíduos. Os fatores que podem apoiar um diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade são representados pela presença de uma sintomatologia claramente dissociativa, com súbitas mudanças nos estados de identidade, amnésia reversível e altos escores em medições de dissociação e hipnotizabilidade, em indivíduos que não têm as apresentações características de um outro transtorno mental. O Transtorno Dissociativo de Identidade deve ser diferenciado da Simulação em situações nas quais pode haver ganhos financeiros ou legais, e do Transtorno Factício, no qual pode haver um padrão de comportamento de busca de ajuda.

#### Critérios Diagnósticos para F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade

- A. Presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos (cada qual com seu próprio padrão relativamente persistente de percepção, relacionamento e pensamento acerca do ambiente e de si mesmo).
- B. Pelo menos duas dessas identidades ou estados de personalidade assumem recorrentemente o controle do comportamento da pessoa.
- C. Incapacidade de recordar informações pessoais importantes, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento comum.
- D. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., blackouts ou comportamento caótico durante a Intoxicação com Álcool) ou de uma condição médica geral (por ex., crises parciais complexas).

Nota: Em crianças, os sintomas não são atribuíveis a companheiros imaginários ou outros jogos de fantasia.

#### **F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização**

##### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno de Despersonalização consistem de episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, caracterizados por um sentimento de distanciamento ou estranhamento de si próprio (Critério A). O indivíduo pode sentir-se como um autômato ou como se estivesse em um sonho ou em um filme. Pode haver uma sensação de ser um observador externo dos próprios processos mentais, do próprio corpo ou de partes do próprio corpo. Vários tipos de anestesia

sensorial, falta de resposta afetiva e uma sensação de não ter o controle das próprias ações, incluindo a fala, freqüentemente estão presentes. O indivíduo com Transtorno de Despersonalização mantém um teste de realidade intacto (por ex., consciência de que isto é apenas uma sensação e de não ser realmente um autômato) (Critério B). A despersonalização é uma experiência comum, devendo-se fazer este diagnóstico apenas se os sintomas forem suficientemente severos para causar sofrimento acentuado ou prejuízo no funcionamento (Critério C). Uma vez que a despersonalização é uma característica comumente associada a muitos outros transtornos mentais, um diagnóstico separado de Transtorno de Despersonalização não é feito se a experiência ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental (por ex., Esquizofrenia, Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Agudo ou outro Transtorno Dissociativo). Além disso, a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério D).

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com Transtorno de Despersonalização freqüentemente podem ter dificuldade em descrever seus sintomas e temer que essas experiências signifiquem que estão "loucos". A desrealização também pode estar presente, sendo vivenciada como um sentimento [464]de que o mundo externo é estranho ou irreal. O indivíduo pode perceber uma alteração insólita no tamanho ou forma dos objetos (macropsia ou micropsia) e as pessoas podem parecer estranhas ou mecânicas. Outras características associadas incluem sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, ruminação obsessiva, preocupações somáticas e uma perturbação do sentido de tempo. Em alguns casos, a perda de sentimentos, característica da despersonalização, pode imitar um Transtorno Depressivo Maior e, em outros casos, coexistir com ele. Hipocondria e Transtornos Relacionados a Substâncias podem também coexistir com o Transtorno de Despersonalização. A despersonalização e a desrealização são sintomas muito freqüentes de Ataques de Pânico. Um diagnóstico separado de Transtorno de Despersonalização não deve ser feito quando a despersonalização e a desrealização ocorrem exclusivamente durante esses ataques.

### Achados laboratoriais associados

Os indivíduos com Transtorno de Despersonalização podem exibir alta hipnotizabilidade e alta capacidade dissociativa, medidas por testes estandardizados.

### Características Específicas à Cultura

Experiências voluntariamente induzidas de despersonalização ou desrealização fazem parte das práticas de meditação e transe prevalentes em muitas religiões e culturas, não devendo ser confundidas com o Transtorno de Despersonalização.

## Prevalência

A prevalência do Transtorno de Despersonalização na comunidade e em contextos clínicos é desconhecida. Em algum momento de suas vidas, aproximadamente metade dos adultos pode ter vivenciado um único episódio breve de despersonalização, geralmente precipitado por severo estresse. Uma experiência transitória de despersonalização desenvolve-se em aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um perigo de vida e em cerca de 40% dos pacientes hospitalizados por transtornos mentais.

## Curso

Os indivíduos com Transtorno de Despersonalização geralmente apresentam-se para tratamento na adolescência ou idade adulta, embora o transtorno possa ter um início não detectado na infância. Uma vez que a despersonalização raramente é a queixa apresentada, os indivíduos com despersonalização recorrente com frequência apresentam-se com algum outro sintoma, como ansiedade, pânico ou depressão. A duração dos episódios de despersonalização pode variar de muito breve (segundos) a persistente (anos). A despersonalização subsequente a situações de risco de vida (por ex., combate militar, acidentes traumáticos, ser vítima de um crime violento) em geral desenvolve-se subitamente, quando da exposição ao trauma. O curso pode ser crônico e marcado por remissões e exacerbações. Com maior frequência, as exacerbações ocorrem em associação com eventos estressantes reais ou percebidos como tais.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Despersonalização deve ser diferenciado de sintomas devido às conseqüências fisiológicas de uma condição médica geral específica (por ex., epilepsia). Esta determinação fundamenta-se na anamnese, achados laboratoriais ou exame físico. A despersonalização causada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância é diferenciada do Transtorno de Despersonalização porque se presume que uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) está etiologicamente relacionada à despersonalização. A Intoxicação ou Abstinência aguda de álcool e uma variedade de outras substâncias pode resultar em despersonalização. Por outro lado, o uso de substâncias pode intensificar os sintomas de um Transtorno de Despersonalização preexistente. Portanto, o diagnóstico correto de Transtorno de Despersonalização em indivíduos com uma história de despersonalização induzida por álcool ou substâncias deve incluir uma história longitudinal de Abuso de Substância e sintomas de despersonalização. O Transtorno de Despersonalização não deve ser diagnosticado separadamente quando os sintomas ocorrem apenas durante um Ataque de Pânico que faz parte de um Transtorno de Pânico, Fobia Social ou Fobia Específica, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Estresse Agudo. Em contraste com a Esquizofrenia, o teste de realidade é mantido intacto no Transtorno de



Despersonalização. A perda de sensibilidade associada com a despersonalização (por ex., anestesia) pode imitar uma depressão. Entretanto, a ausência de sensibilidade em indivíduos com Transtorno de Despersonalização está associada com outras manifestações de despersonalização (por ex., sentimento de desligamento de si próprio) e ocorre mesmo quando o indivíduo não está deprimido.

#### Critérios Diagnósticos para F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

- A. Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se desligado de si próprio e de como se o indivíduo fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou do próprio corpo (por ex., sentir-se como em um sonho).
- B. Durante a experiência de despersonalização, o teste de realidade permanece intacto.
- C. A despersonalização causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. A experiência de despersonalização não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental, como Esquizofrenia, Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Agudo ou outro Transtorno Dissociativo, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., epilepsia do lobo temporal).

#### **F44.9 - 300.15 Transt. Dissociativo Sem Outra Especificação**

Esta categoria destina-se a transtornos nos quais a característica predominante é um sintoma dissociativo (isto é, uma perturbação nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente) que não satisfaz os critérios para qualquer Transtorno Dissociativo específico. Exemplos: 1. Apresentações clínicas similares ao Transtorno Dissociativo de Identidade que não satisfazem todos os critérios para este transtorno. Por exemplo: apresentações nas quais a) não existem dois ou mais estados distintos de personalidade, ou b) não ocorre amnésia para informações pessoais importantes. 2. Desrealização não acompanhada de despersonalização em adultos. 3. Estados dissociativos ocorridos em indivíduos que foram submetidos a períodos de persuasão coercitiva prolongada e intensa (por ex., lavagem cerebral, reforma de pensamentos ou doutrinação em cativo). 4. Transtorno de transe dissociativo: perturbações isoladas ou episódicas do estado de consciência, identidade ou memória, inerentes a determinados locais e culturas. O transe dissociativo envolve o estreitamento da consciência quanto ao ambiente imediato, comportamentos ou movimentos estereotipados vivenciados como estando além do controle do indivíduo. O transe de possessão envolve a substituição do sentimento costumeiro de identidade pessoal por uma nova identidade, atribuída à influência de um espírito, poder,

divindade ou outra pessoa, e associada com movimentos estereotipados "involuntários" ou amnésia. Exemplos: amok (Indonésia), bebainan (Indonésia), latah (Malásia), pibloktoq (Ártico), ataque de nervios (América Latina) e possessão (Índia). O transtorno dissociativo ou de transe não representa um componente normal da prática cultural ou religiosa amplamente aceita pela cultura. 5. Perda de consciência, estupor ou coma não atribuíveis a uma condição médica geral. 6. Síndrome de Ganser: oferecimento de respostas aproximadas a questões (por ex., "2 mais 2 é igual a 5"), quando não associado com Amnésia Dissociativa ou Fuga Dissociativa.

## **Transtornos Amnésicos**

Os transtornos da seção "Transtornos Amnésicos" caracterizam-se por uma perturbação da memória devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou devido a efeitos persistentes de uma substância (isto é, droga de abuso, medicamento ou exposição a toxinas). Os transtornos desta seção compartilham a apresentação sintomática comum de comprometimento da memória, mas são diferenciados com base em sua etiologia. As características diagnósticas relacionadas adiante envolvem o seguinte:

- 1 - Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral
- 2 - Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância
- 3 - Transtorno Amnésico Sem Outra Especificação

### **Características Diagnósticas**

Os indivíduos com um transtorno amnésico apresentam comprometimento em sua capacidade de aprender novas informações ou são incapazes de recordar informações aprendidas anteriormente ou eventos passados (Critério A). A perturbação da memória deve ser suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional e deve representar um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento (Critério B). A perturbação da memória não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de um delírium ou de uma demência (Critério C). A capacidade de aprender e recordar novas informações está sempre afetada em um transtorno amnésico, ao passo que os problemas para recordar informações anteriormente aprendidas se manifestam de forma mais variada, dependendo da localização e gravidade do dano cerebral. O déficit de memória é mais perceptível em tarefas que exigem a recordação espontânea e pode também ser evidenciado quando o examinador oferece estímulos que devem ser recordados pela pessoa, em um momento posterior. Dependendo da área cerebral específica afetada, os déficits podem estar relacionados, predominantemente, a estímulos verbais ou visuais. Em algumas formas de transtorno amnésico, o indivíduo pode recordar coisas de um

passado muito remoto melhor do que eventos mais recentes (por ex., pode recordar em detalhes vívidos um período de hospitalização que ocorreu há dez anos, mas pode não ter idéia de estar em um hospital no momento). O diagnóstico não é feito se o comprometimento da memória ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium (isto é, ocorre apenas no contexto de uma capacidade reduzida de manter e deslocar a atenção). A capacidade de repetir imediatamente uma cadeia seqüencial de informações (por ex., memória para números) tipicamente não se mostra comprometida em um transtorno amnésico. Quando este prejuízo é evidente, ele sugere a presença de uma perturbação da atenção que pode indicar um delirium. O diagnóstico também não é feito na presença de outros déficits cognitivos (por ex., afasia, apraxia, agnosia, perturbação no funcionamento executivo) característicos de uma demência. Os indivíduos com um transtorno amnésico podem experimentar prejuízos importantes em seu funcionamento social e ocupacional em consequência de seus déficits de memória, que, em seu extremo, podem exigir supervisão, para a garantia de alimentação e cuidados apropriados.

### Características e Transtornos Associados

Um transtorno amnésico é freqüentemente precedido por um quadro clínico progressivo que inclui confusão e desorientação, às vezes com problemas de atenção que sugerem um delirium (por ex., Transtorno Amnésico Devido à Deficiência de Tiamina). A confabulação, freqüentemente evidenciada pela narração de acontecimentos imaginários para preencher lacunas da memória, pode ser notada durante os estágios iniciais de um transtorno amnésico, mas tende a desaparecer com o tempo. Portanto, pode ser importante obter informações corroboradoras a partir de membros da família ou outros informantes. Uma amnésia profunda pode acarretar uma desorientação espacial e temporal, mas raramente uma desorientação autopsíquica. A desorientação quanto a si mesmo pode ser encontrada em indivíduos com demência, mas é incomum em um transtorno amnésico. A maioria dos indivíduos com Transtorno Amnésico severo não possui insight para seus déficits de memória, podendo negar explicitamente a presença de um prejuízo de memória severo, apesar de evidências em contrário. Esta falta de insight pode provocar acusações contra outros ou, em casos raros, agitação. Alguns indivíduos podem reconhecer que têm um problema, mas este parece não lhes preocupar. Apatia, falta de iniciativa, falta de expressividade emocional ou outras mudanças sugestivas de função alterada da personalidade podem ser encontradas. Os indivíduos podem ser superficialmente amistosos ou cordiais, mas ter uma faixa superficial ou diminuída de expressão afetiva. Os indivíduos com amnésia global transitória freqüentemente se mostram perplexos ou confusos. Déficits sutis em outras funções cognitivas podem ser notados, mas, por definição, não são suficientemente severos para causarem um comprometimento clinicamente significativo. A testagem neuropsicológica quantitativa em geral demonstra déficits específicos de memória na ausência de outras perturbações cognitivas. O desempenho em testes padronizados que avaliam a recordação de eventos históricos ou figuras públicas bem conhecidas pode ser variável entre os indivíduos com um Transtorno Amnésico, dependendo da natureza e da extensão do déficit.

## Características Específicas à Cultura

As bagagens cultural e educacional devem ser levadas em conta na avaliação da memória. Os indivíduos provenientes de certos contextos podem não estar familiarizados com as informações usadas em determinados testes de memória (por ex., data de nascimento, em culturas que não têm o costume de celebrar aniversários).

## Curso

A idade de início e o curso subsequente dos transtornos amnésicos podem ser bastante variáveis, dependendo do processo patológico primário que os causa. Traumatismo craniano, acidente vascular encefálico ou outros eventos cerebrovasculares, ou tipos específicos de exposição neurotóxica (por ex., envenenamento por monóxido de carbono) podem levar ao aparecimento agudo de um transtorno amnésico. Outras condições, tais como abuso prolongado de substâncias, exposição neurotóxica crônica ou deficiência nutricional prolongada, podem levar a um início insidioso. A amnésia transitória devido a uma etiologia cerebrovascular pode ser recorrente, e os episódios podem durar de algumas horas a vários dias. Os Transtornos Amnésicos Devido a Traumatismo Craniano podem durar por variados períodos de tempo, com um padrão característico de maior déficit imediatamente após a lesão e melhora durante os 2 anos seguintes (uma melhora adicional além de 24 meses já foi observada, mas é menos comum). Os transtornos devido à destruição das estruturas do lobo temporal médio (por ex., por infarto, ablação cirúrgica ou desnutrição ocorrida no contexto de Dependência de Álcool) podem causar prejuízos persistentes.

## Diagnóstico Diferencial

O comprometimento da memória também é uma característica do delirium e da demência. No delirium, a disfunção de memória ocorre em associação com prejuízo da consciência e com uma capacidade reduzida de focalizar, manter ou deslocar a atenção. Na demência, o comprometimento da memória deve ser acompanhado por múltiplos déficits cognitivos (isto é, afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação no funcionamento executivo) que levam a um prejuízo clinicamente significativo. Um transtorno amnésico deve ser diferenciado da Amnésia Dissociativa e da amnésia que ocorre no contexto de outros Transtornos Dissociativos (por ex., Transtorno Dissociativo de Identidade). Por definição, um transtorno amnésico é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou do uso de uma substância. Além disso, a amnésia dos transtornos dissociativos tipicamente não envolve déficits na aprendizagem e recordação de novas informações; ao invés disso, os indivíduos apresentam uma incapacidade circunscrita de recordar lembranças prévias, em geral de natureza traumática ou estressante. Para perturbações da memória (por ex., blackouts) que ocorrem apenas durante intoxicação ou abstinência de uma droga de abuso, a Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apropriada deve ser diagnosticada, não se fazendo um diagnóstico de transtorno amnésico em separado. Para perturbações da memória associadas com o uso de medicamentos, Efeitos

Adversos de Medicamentos Sem Outra Especificação pode ser anotado, indicando o medicamento através de um código E (ver Apêndice G). A suposta etiologia do transtorno amnésico determina o diagnóstico (o texto e os critérios para cada diagnóstico de transtorno amnésico são oferecidos separadamente em outro local desta seção). Caso o clínico considere o prejuízo de memória uma consequência dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (incluindo traumatismo craniano), aplica-se o diagnóstico de Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral. Se o prejuízo de memória resulta de efeitos persistentes de uma substância (isto é, droga de abuso, medicamento ou exposição a toxina), diagnostica-se então Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância. O transtorno amnésico deve ser diferenciado da Simulação e do Transtorno Factício. Esta difícil tarefa pode ser facilitada pela testagem sistemática da memória (que frequentemente cede resultados inconsistentes no Transtorno Factício e na Simulação) e pela ausência de uma condição médica geral ou uso de substância etiológicamente relacionados ao comprometimento da memória. O transtorno amnésico deve ser diferenciado da menor eficácia da memória, característica do Declínio Cognitivo Relacionado à Idade, que se situa dentro da faixa normal esperada para a idade do indivíduo.

## **Transtornos Amnésicos devido à condição médica**

### Características Diagnósticas e Associadas

O diagnóstico exige que existam evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação da memória é uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (incluindo trauma físico) (Critério D). Ao determinar se a perturbação amnésica é devido a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, estabelecer a presença desta condição. Além disso, ele deve determinar que a perturbação amnésica está etiológicamente relacionada à condição médica geral através de um mecanismo fisiológico, para o que se faz necessária uma avaliação criteriosa e abrangente de múltiplos fatores. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o relacionamento entre a perturbação amnésica e a condição médica geral é etiológico, diversos elementos oferecem alguma orientação nesta área. Um deles é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e da perturbação amnésica. Um segundo elemento a ser considerado é a presença de aspectos atípicos de prejuízo de memória no contexto de um transtorno dissociativo ou de outro transtorno mental (por ex., idade de início ou curso atípicos). Evidências da literatura, sugerindo a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de prejuízo de memória, podem oferecer um contexto útil na avaliação de determinada situação. Além disso, o clínico deve também julgar que a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Dissociativo, Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância ou um outro transtorno mental primário (por ex., Transtorno Depressivo Maior). Essas determinações são explicadas em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral". Os indivíduos com Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral frequentemente apresentam outras

características da doença sistêmica ou cerebral primária que causou o prejuízo de memória. Entretanto, uma perturbação do estado mental pode ser a única característica apresentada. Não existem aspectos específicos ou diagnósticos detectáveis por procedimentos tais como imagem por ressonância magnética (IRM) ou tomografia computadorizada (TC). Entretanto, um dano das estruturas do lobo temporal medial é comum e pode ser refletido por um aumento do terceiro ventrículo ou dos cornos temporais, ou por atrofia estrutural detectada na IRM.

## Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser anotados, indicando a duração da perturbação. Transitório. Este especificador é usado para indicar perturbações que em geral duram de algumas horas a alguns dias, não passando de 1 mês. Quando o diagnóstico é feito dentro do primeiro mês sem esperar pela recuperação, o termo "provisório" pode ser acrescentado. "Amnésia global transitória" é uma forma específica de transtorno amnésico transitório, caracterizada por incapacidade densa e temporária de aprender novas informações e uma capacidade comprometida em graus variáveis de recordar acontecimentos que ocorreram exatamente antes, ou em meio ao problema cerebrovascular etiológico. Crônico. Este especificador é usado para perturbações que duram mais de 1 mês.

## Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar a condição médica geral identificada, presumivelmente causadora da perturbação no Eixo I (por ex., 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Acidente Vascular Cerebral). O código da CID-9-MC para a condição médica geral também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 436 Acidente Vascular Encefálico) (ver Apêndice G para uma lista dos códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC, para condições médicas gerais). Condições Médicas Gerais Associadas Um transtorno amnésico muitas vezes ocorre em consequência de processos patológicos (por ex., traumatismo craniano fechado, feridas por projéteis penetrantes, intervenção cirúrgica, hipóxia, infarto da distribuição da artéria cerebral posterior e encefalite por herpes simples) que causam dano a estruturas específicas do diencéfalo e do lobo mediotemporal (por ex., corpos mamilares, hipocampo, fórnice). A patologia é, mais comumente, bilateral, mas déficits de "amnésia global transitória" estão tipicamente associadas à doença cerebrovascular e à patologia no sistema verterobasilar. O Transtorno Amnésico Transitório também pode decorrer de condições médicas gerais episódicas (por ex., condições metabólicas ou convulsivas).

Critérios Diagnósticos para F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

A. Desenvolvimento de prejuízo de memória, manifestado por uma incapacidade de aprender novas informações ou incapacidade de recordar informações aprendidas anteriormente.

B. A perturbação da memória causa prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representa um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.

C. A perturbação de memória não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium ou demência.

D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (incluindo trauma físico).

Especificar se:

Transitório: se o prejuízo de memória tem a duração de 1 mês ou menos.

Crônico: se o prejuízo de memória dura mais de 1 mês.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Traumatismo Craniano; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

## **Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância**

### Diagnóstico e Características Associadas

A perturbação de memória não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium ou demência e persiste além da duração habitual da Intoxicação ou Abstinência de Substância (Critério C). Além disso, para o diagnóstico de Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância, deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação da memória está etiologicalamente relacionada com os efeitos persistentes do uso de substância (por ex., droga de abuso, medicamento, exposição a toxina) (Critério D). Este transtorno é chamado de "persistente" porque a perturbação da memória persiste por muito tempo após a cessação dos efeitos da Intoxicação ou Abstinência de Substância. As características associadas com o Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância são as mesmas associadas aos transtornos amnésicos em geral. Mesmo que no momento esteja abstinente do uso de substância, a maioria dos indivíduos com este transtorno teve, anteriormente, um padrão de uso prolongado e pesado da substância

que satisfazia os critérios para Dependência de Substância. Uma vez que esses transtornos persistem por muito tempo após a cessação do uso da substância, exames de sangue e urina podem ser negativos para a substância etiológica. O início da condição raramente ocorre antes dos 20 anos de idade. O prejuízo resultante pode permanecer estável ou piorar, apesar da interrupção do uso da substância.

## Procedimentos de Registro

O nome do diagnóstico inclui a substância específica (por ex., álcool, secobarbital) presumivelmente causadora da perturbação de memória. O código diagnóstico é selecionado a partir da lista de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em qualquer das classes, o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, no caso de medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado listando o código E apropriado (ver Apêndice G). Quando o clínico julga que mais de uma substância exerce um papel significativo no desenvolvimento da perturbação da memória, cada uma delas deve ser listada separadamente (por ex., 291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool; 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Secobarbital). Se uma substância é considerada um fator etiológico mas esta substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, o diagnóstico é 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância Desconhecida.

## Substâncias Específicas

O Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância pode ocorrer em associação com as seguintes classes de substâncias: álcool; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. O Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool aparentemente é devido à deficiência vitamínica associada com a ingestão prolongada e pesada de álcool. Perturbações neurológicas tais como neuropatia periférica, ataxia cerebelar e miopatia estão entre as características associadas. O Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool provocado pela deficiência de tiamina (síndrome de Korsakoff) frequentemente se segue a um episódio agudo de encefalopatia de Wernicke, uma condição neurológica manifestada por confusão, ataxia, anormalidades nos movimentos oculares (paralisias oculares, nistagmo) e outros sinais neurológicos. Essas manifestações cedem gradualmente, mas permanece um importante comprometimento da memória. Nos casos em que a encefalopatia de Wernicke é tratada cedo com amplas doses de tiamina, o Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool pode não se desenvolver. Embora a idade não seja um fator etiológico específico na condição, os indivíduos que desenvolvem o Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool geralmente apresentam uma história de muitos anos de uso pesado de álcool e estão, com maior frequência, com mais de 40 anos. Embora o modo de início seja tipicamente abrupto, alguns indivíduos podem desenvolver déficits insidiosamente ao longo de muitos anos, devido a repetidos agravos tóxicos e nutricionais, antes do surgimento de um episódio



final e bem mais prejudicial, aparentemente relacionado à deficiência de tiamina. Uma vez estabelecido, o Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool em geral persiste indefinidamente, embora possa haver uma leve melhora com o tempo e, em uns poucos casos, a condição possa apresentar remissão. O comprometimento em geral é bastante severo, podendo exigir assistência pelo resto da vida. O Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos pode seguir-se ao uso prolongado e pesado de drogas desta classe. O curso é variável e, diferentemente do Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool, pode ocorrer uma recuperação plena. Os medicamentos que, conforme relatos, causam transtornos amnésicos incluem anticonvulsivantes e metotrexato intratecal. As toxinas que provocam sintomas de amnésia, conforme relatos, incluem chumbo, mercúrio, monóxido de carbono, inseticidas organofosforados e solventes industriais.

### Critérios Diagnósticos para Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

A. Desenvolvimento de prejuízo de memória manifestado por comprometimento da capacidade de aprender novas informações ou incapacidade de recordar informações aprendidas anteriormente.

B. A perturbação de memória causa prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representa um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.

C. A perturbação de memória não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium ou demência e persiste além da duração habitual da Intoxicação ou Abstinência de Substância.

D. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação de memória está etiológicamente relacionada aos efeitos persistentes do uso de substância (por ex., droga de abuso, medicamento).

Codificar Transtorno Amnésico Persistente Induzido por [Substância Específica]:

F10.6 - 291.1 Álcool;

F13.6 - 292.83 Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico;

F19.6 - 292.83 Outra Substância (ou Substância Desconhecida).

R41.3 - 294.8 Transtorno Amnésico Sem Outra Especificação

Esta categoria deve ser usada para o diagnóstico de um transtorno amnésico que não satisfaça os critérios para qualquer um dos tipos específicos descritos nesta seção. Um exemplo seria uma apresentação clínica de amnésia para a qual existem evidências

insuficientes para o estabelecimento de uma etiologia específica (isto é, dissociativa, induzida por substância ou devido a uma condição médica geral).

## Outros Transtornos Cognitivos F06.9 - 294.9 Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação

Esta categoria aplica-se a transtornos caracterizados por disfunção cognitiva presumivelmente devido ao efeito fisiológico direto de uma condição médica geral que não satisfazem os critérios para qualquer dos tipos de delirium, demência ou transtornos amnésicos específicos listados nesta seção e que não são melhor classificados como Delirium Sem Outra Especificação, Demência Sem Outra Especificação ou Transtorno Amnésico Sem Outra Especificação. Para uma disfunção cognitiva devido a uma substância específica ou substância desconhecida, aplica-se a categoria específica de Transtorno Relacionado a Substância Sem Outra Especificação. Exemplos: 1. Transtorno neurocognitivo leve: prejuízo no funcionamento cognitivo evidenciado por testagem neuropsicológica ou avaliação clínica quantificada, acompanhado por evidências objetivas de uma condição médica geral sistêmica ou disfunção do sistema nervoso central. 2. Transtorno pós-concussão: após um traumatismo craniano, comprometimento da memória ou da atenção com sintomas associados.

## Transtornos Mentais devido à Condição Clínica Geral

Um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral é caracterizado pela presença de sintomas mentais considerados como a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral. A expressão condição médica geral refere-se a condições codificadas no Eixo III e listadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID (ver Apêndice G para uma lista condensada dessas condições). Conforme discutimos na "Introdução" deste manual, a manutenção de uma distinção entre transtornos mentais e condições médicas gerais não implica que existam diferenças fundamentais em sua conceitualização, que os transtornos mentais não estejam relacionados a fatores ou processos físicos ou biológicos, ou que as condições médicas gerais não estejam relacionadas a fatores ou processos comportamentais ou psicossociais. A finalidade da distinção entre condições médicas gerais e transtornos mentais é encorajar a avaliação minuciosa e oferecer um termo abreviado para facilitar a comunicação entre os profissionais da saúde. Entretanto, na prática clínica, espera-se o emprego de uma terminologia mais específica, para a identificação da condição específica envolvida. No DSM-III-R, os Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e os Transtornos Induzidos por Substâncias eram chamados de transtornos "orgânicos" e listados em conjunto em um única seção. Esta diferenciação de transtornos mentais "orgânicos" como uma classe separada implicava a existência de transtornos mentais "não-orgânicos" ou "funcionais" que, de alguma forma, não apresentavam relação com fatores ou processos físicos ou biológicos. O DSM-IV elimina o termo orgânico e faz uma distinção entre os transtornos mentais devido a uma condição médica geral, os transtornos induzidos por substâncias e aqueles sem uma

etiologia específica. A expressão transtorno mental primário é usado para indicar de forma abreviada aqueles transtornos mentais que não se devem a uma condição médica geral nem são induzidos por uma substância. Os textos e os critérios para três desses transtornos (isto é, Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Mental Sem Outra Especificação Devido a uma Condição Médica Geral) são incluídos nesta seção. O texto e critérios para as condições listadas adiante são colocados em outras seções do manual, com os transtornos cuja fenomenologia compartilham. O manual foi organizado desta forma para alertar os médicos quanto à consideração desses transtornos ao fazerem um diagnóstico diferencial com os seguintes quadros:

- 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral.
- ———.— Demência Devido a uma Condição Médica Geral.
- 294.0 Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral.
- F06.x - 293.8x Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral.
- F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral.
- F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral.
- ———.— Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral.
- G47.x - 780.5x Transtorno do Sono Devido a Uma Condição Médica Geral.

### Características Diagnósticas

Três critérios aparecem nos conjuntos de critérios para cada um dos Transtornos Mentais Devido a Uma Condição Médica Geral:

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral. A aplicação deste critério exige dois julgamentos distintos: de que uma condição médica geral está presente (determinada pela história, exame físico ou avaliação laboratorial) e de que a perturbação (por ex., sintomas psicóticos, de humor ou de ansiedade) está etiológicamente relacionada a uma condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar um relacionamento etiológico entre a perturbação e a condição médica geral, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma dessas considerações é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e o transtorno mental (por ex., sintomas de ansiedade em um indivíduo com adenoma de paratiróide, que se resolve depois que a excisão cirúrgica restaura um nível de cálcio sérico normal). Embora evidências de um estreito relacionamento temporal frequentemente sejam úteis para a elaboração de um julgamento quanto à etiologia, existem muitas exceções. Por exemplo, um Transtorno Psicótico Devido à Epilepsia pode surgir muitos anos após o início das convulsões. Em contrapartida, os sintomas e sinais de um transtorno mental podem estar entre as

primeiras manifestações de uma doença sistêmica ou cerebral, aparecendo meses ou anos antes da detecção do processo patológico básico (por ex., humor deprimido precedendo os movimentos coreiformes na doença de Huntington). Os Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral também podem persistir após a resolução da condição médica geral (por ex., humor deprimido persistindo após a reposição do hormônio da tiróide). Além disso, um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral pode ser passível de tratamento sintomático mesmo enquanto a condição médica geral permanece ativa (por ex., depressão na epilepsia). O tratamento voltado para a condição médica geral que alivia os sintomas tanto desta condição quanto da perturbação mental pode oferecer evidências mais vigorosas de um relacionamento etiológico. Uma segunda consideração importante diz respeito à presença de características atípicas do transtorno mental primário. Um exemplo mais comum é uma idade de início ou curso atípicos (por ex., primeiro aparecimento de sintomas tipo esquizofrênicos em um indivíduo de 75 anos). Pode haver características associadas incomuns (por ex., alucinações visuais ou táteis acompanhando [163]episódios tipo depressão maior) ou características diagnósticas desproporcionalmente mais severas do que o esperado, tendo em vista o quadro geral (uma perda de peso de 25 kg em um indivíduo com sintomas depressivos de outro modo leves poderia sugerir a presença de uma condição médica geral subjacente). O médico deve estar particularmente atento à presença de déficits cognitivos significativos desproporcionais aos tipicamente encontrados no transtorno mental primário. Evidências da literatura, descrevendo uma associação bem-estabelecida ou freqüentemente encontrada entre a condição médica geral e a fenomenologia de um transtorno mental específico, podem ser úteis na avaliação de determinada situação. Esses estudos podem oferecer evidências de uma associação etiológica plausível entre os sintomas mentais e a condição médica geral (por ex., localização da lesão ou um mecanismo fisiopatológico conhecido que tende a afetar a função cerebral) e evidências de uma taxa elevada de prevalência dos sintomas mentais (isto é, acima da taxa básica em uma população apropriada de controle) em indivíduos com a condição médica geral. Embora essas evidências sugiram uma possível ligação causal entre um transtorno mental e determinada condição médica geral, elas não são suficientes para definir um caso individual, uma vez que as pesquisas geralmente refletem médias grupais, ao passo que o clínico procura tomar uma decisão diagnóstica relativa a um único indivíduo. O texto para cada um dos Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral específicos contém uma lista de algumas das condições médicas gerais que a literatura observa em associação com este transtorno mental específico.

C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental. Ao fazer o diagnóstico de Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral, é necessário descartar transtornos mentais primários e transtornos mentais induzidos por substâncias. A eliminação da possível existência de transtornos mentais primários freqüentemente é difícil, porque os indivíduos que os apresentam em geral têm condições médicas gerais simultâneas que não estão causando os sintomas mentais através de mecanismos fisiológicos diretos. Inúmeros outros relacionamentos podem existir entre um transtorno mental e uma condição médica geral: esta pode exacerbar os sintomas e complicar o tratamento do transtorno mental; os dois podem estar relacionados através de mecanismos não-fisiológicos, ou a ocorrência concomitante

pode ser uma coincidência. Quando os sintomas depressivos são precipitados pela condição médica geral que age como um estressor psicossocial, por exemplo, ao invés de resultar dos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Ajustamento Com Humor Deprimido. Em um indivíduo com sintomas depressivos simultâneos a uma condição médica geral, uma história de muitos Episódios Depressivos Maiores ou uma história familiar de depressão sugere um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, ao invés de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. Finalmente, o clínico deve considerar também se os sintomas mentais são causados por uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina (ver p. 187 para diretrizes). Isto é especialmente importante, uma vez que muitos indivíduos com condições médicas gerais recebem medicamentos potencialmente causadores de um Transtorno Mental Induzido por Substância.

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium. Se os sintomas (por ex., psicóticos, de humor, de ansiedade) ocorrem apenas durante períodos de delirium, eles são considerados como características associadas do delirium e não indicam um diagnóstico em separado. Essas condições (por ex., Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral) podem ser diagnosticadas em separado apenas se ocorrem em momentos outros que não durante o delirium.

## Procedimentos de Registro

No registro de um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto o tipo de perturbação mental quanto a condição médica geral etiológica no Eixo I (por ex., 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas). O código da CID-9-MC para a condição médica geral (por ex., 244.9 hipotireoidismo) também deve ser anotado no Eixo III. Em situações nas quais o clínico determinou que os sintomas mentais não são uma consequência fisiológica direta da condição médica geral, o transtorno mental primário deve ser codificado no Eixo I e a condição médica geral deve ser codificada no Eixo III (ver Apêndice G para uma lista dos códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

## Diagnóstico Diferencial

Um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral é diferenciado de um transtorno mental primário pela aplicação dos critérios discutidos anteriormente nesta seção, no subtítulo "Características Diagnósticas". Quando os sintomas de um transtorno mental e de uma condição médica geral ocorrem ao mesmo tempo, é especialmente importante determinar se o relacionamento etiológico, caso exista, é diretamente fisiológico (então o diagnóstico é de Transtorno Mental Devido a Uma Condição Médica Geral) ou ocorre através de um outro mecanismo (ou seja, o diagnóstico é de um transtorno mental primário). Em alguns casos, o desenvolvimento de uma condição médica geral ou a presença de uma deficiência associada pode

precipitar ou exacerbar um transtorno mental, sem qualquer ligação conhecida (por ex., a incapacitação associada com a osteoartrite pode exercer um papel no desenvolvimento de sintomas depressivos ou de um Transtorno Depressivo Maior, mas não existe qualquer mecanismo fisiológico conhecido que fundamente uma relação etiológica entre a artrite e os sintomas depressivos). Nesta situação, o transtorno mental primário (isto é, Transtorno de Ajustamento ou Transtorno Depressivo Maior) deve ser diagnosticado no Eixo I e a condição médica geral (isto é, osteoartrite) deve ser listada no Eixo III. Um Transtorno Mental Devido a Uma Condição Médica Geral também deve ser diferenciado de um Transtorno Induzido por Substância. Se existem evidências de uso recente ou prolongado de uma substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), de abstinência de uma substância ou de exposição a uma toxina, deve-se pensar em um Transtorno Induzido por Substância. Pode ser útil obter um exame de sangue ou de urina ou outro procedimento laboratorial apropriado para a droga. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, em 4 semanas) a intoxicação significativa com uma substância ou durante a abstinência ou uso de um medicamento podem ser especialmente indicativos de um Transtorno Induzido por Substância, dependendo do tipo ou da quantidade de substância usada e do período de utilização. Delirium, demência, sintomas psicóticos, de humor, de ansiedade ou do sono ou uma disfunção sexual podem ser causados pelos efeitos combinados de uma condição médica geral e uso de substância (incluindo medicamentos). Nessas situações, deve-se enumerar ambos os diagnósticos (por ex., Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância). Caso não seja possível determinar se os sintomas mentais se devem a uma condição médica geral ou são induzidos por substância, pode-se usar a categoria Sem Outra Especificação (ver discussão adiante). Quando, como ocorre com frequência, o quadro de um Transtorno Mental Devido a Uma Condição Médica Geral contém um misto de diferentes sintomas (por ex., de humor e ansiedade), em geral é aconselhável determinar um único diagnóstico com base nos sintomas predominantes do quadro clínico. Em algumas situações, não é possível definir se os sintomas mentais são primários, devido a uma condição médica geral ou induzidos por substância. A categoria Sem Outra Especificação deve ser usada em tais situações.

## **F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral**

### **Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral é a presença de uma catatonia que se julga ser devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. A catatonia é manifestada por qualquer um dos seguintes sintomas: imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo ou mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia (Critério A). Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a catatonia é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). O diagnóstico não é feito se a catatonia é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Episódio Maníaco) (Critério C) ou se ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério D). A imobilidade motora pode manifestar-se como cataplexia (flexibilidade cérea) ou estupor. A

atividade motora excessiva aparentemente não possui um objetivo nem é influenciada por estímulos externos. Pode haver extremo negativismo, manifestado por resistência a todas as instruções ou pela manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de movimentação passiva. As peculiaridades do movimento voluntário manifestam-se pela adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras ou por trejeitos faciais proeminentes. A ecolalia é a repetição patológica, "como um papagaio" e aparentemente sem sentido, de uma palavra ou frase recém-falada por outra pessoa. A ecopraxia é a imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa.

## Procedimentos de Registro

Ao registrar Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto a fenomenologia específica da perturbação quanto a condição médica geral identificada supostamente causadora da perturbação no Eixo I (por ex., 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Neoplasma Cerebral Maligno). O código da CID-9-MC para a condição médica geral (por ex., 191.9 neoplasma cerebral maligno) também deve ser anotado no Eixo III (ver Apêndice G para uma lista dos códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

## Condições Médicas Gerais Associadas

Uma variedade de condições médicas gerais pode causar catatonia, especialmente condições neurológicas (por ex., neoplasmas, traumatismo craniano, doença cerebrovascular, encefalite) e condições metabólicas (por ex., hipercalcemia, encefalopatia hepática, homocistinúria, cetoacidose diabética). Os achados físicos associados, de achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem a condição médica geral etiológica.

## Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral não é feito se a catatonia ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium. Se o indivíduo está atualmente consumindo medicamentos neurolépticos, Transtornos dos Movimentos Induzidos por Substâncias devem ser considerados (por ex., uma postura anormal pode ser devido à Distonia Aguda Induzida por Neuroléptico). Os sintomas catatônicos também podem estar presentes na Esquizofrenia e Transtornos do Humor. A Esquizofrenia, Tipo Catatônico, é diferenciada pela ausência de evidências de uma condição médica geral etiológicamente relacionada à catatonia e pela presença de outros sintomas característicos de Esquizofrenia (por [166]ex., delírios, alucinações discurso desorganizado, sintomas negativos). Um Transtorno do Humor com Características Catatônicas é diferenciado, de maneira semelhante, pela ausência de evidências de uma condição médica geral etiológicamente relacionada à catatonia e

pela presença de sintomas que satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior ou Episódio Maníaco.

Critérios Diagnósticos para F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

A. Presença de catatonia, manifestada por imobilidade motora, atividade motora excessiva (aparentemente sem sentido e não influenciada por estímulos externos), extremo negativismo ou mutismo, peculiaridades do movimento voluntário, ecolalia ou ecopraxia.

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Episódio Maníaco).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.89 Transtorno Catatônico Devido à Encefalopatia Hepática; codificar, também, a condição médica geral no Eixo III (ver apêndice G para códigos).

## **F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral**

### Características Diagnósticas

A característica essencial de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral é uma perturbação persistente da personalidade que o clínico julga ser devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. A perturbação da personalidade representa uma mudança no padrão prévio de personalidade característico do indivíduo. Em crianças, esta condição pode ser manifestada por um desvio acentuado do desenvolvimento normal, ao invés de uma alteração em um padrão estável de personalidade (Critério A). Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a alteração da personalidade é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). O diagnóstico não é feito se a perturbação é melhor explicada por outro transtorno mental (Critério C), nem se a perturbação ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium ou se os sintomas satisfazem os critérios para uma demência (Critério D). A perturbação deve, também, causar sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério E). As



manifestações comuns de alteração da personalidade incluem instabilidade afetiva, fraco controle dos impulsos, surtos de agressividade ou raiva em nítida desproporção com qualquer estressor psicossocial desencadeante, acentuada apatia, desconfiança ou ideação paranóide. A fenomenologia da alteração é indicada pelo uso dos subtipos relacionados abaixo. Um indivíduo com o transtorno frequentemente é descrito pelos outros como "não sendo ele mesmo [ou ela mesma]". Embora compartilhe o termo "personalidade" com os Transtornos da Personalidade do Eixo II, este diagnóstico é codificado no Eixo I e distingue-se em virtude de sua etiologia específica, diferente fenomenologia e início e curso mais variáveis. O quadro clínico em um determinado indivíduo pode depender da natureza e localização do processo patológico. Uma lesão dos lobos frontais, por exemplo, pode provocar sintomas tais como falta de juízo crítico ou de capacidade de antever conseqüências, jocosidade, desinibição e euforia. Acidentes vasculares encefálicos que afetam o hemisfério direito podem frequentemente provocar alterações de personalidade em associação com negligência espacial unilateral, anosognosia (incapacidade do indivíduo de reconhecer um déficit corporal ou funcional, tal como a existência de hemiparesia), impersistência motora e outros déficits neurológicos.

### Subtipos

A alteração da personalidade pode ser especificada indicando-se a sintomatologia predominante no quadro clínico.

- Tipo Instável. Este subtipo é usado se a característica predominante é uma instabilidade afetiva.
- Tipo Desinibido. Este subtipo é usado se a característica predominante é um fraco controle dos impulsos (evidenciado, por exemplo, por indiscrições sexuais).
- Tipo Agressivo. Este subtipo é usado se a característica predominante é um comportamento agressivo.
- Tipo Apático. Este subtipo é usado se a característica predominante é uma acentuada apatia e indiferença.
- Tipo Paranóide. Este subtipo é usado se a característica predominante é a presença de desconfiança ou ideação paranóide.
- Outro Tipo. Este subtipo seria usado, por exemplo, para uma alteração da personalidade associada com um transtorno convulsivo.
- Tipo Combinado. Este subtipo é usado se mais de um aspecto predomina no quadro clínico.
- Tipo Não Especificado.

### Procedimentos de Registro

Ao registrar Alteração da Personalidade Devido a Uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto a fenomenologia específica da perturbação, incluindo o

subtipo apropriado, quanto a condição médica geral que ele julga estar causando a perturbação no Eixo I (por ex., 310.1 Alteração da Personalidade Devido a Lúpus Eritematoso Sistêmico, Tipo Paranóide). O código da CID-9-MC para a condição médica geral (por ex., 710.0 lúpus eritematoso sistêmico) também deve ser anotado no Eixo II (Ver Apêndice G para uma lista dos códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

### Condições Médicas Gerais Associadas

Uma variedade de condições neurológicas e outras condições médicas gerais podem causar alterações da personalidade, incluindo neoplasmas do sistema nervoso central, traumatismo craniano, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, condições infecciosas com envolvimento do sistema nervoso central (por ex., vírus da imunodeficiência humana), condições endócrinas (por ex., hipotireoidismo, hipo e hiperadrenocorticismo) e condições auto-imunes com envolvimento do sistema nervoso central (por ex., lúpus eritematoso sistêmico). Os achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem aqueles da condição neurológica ou outra condição médica geral envolvida.

### Diagnóstico Diferencial

Condições médicas gerais crônicas associadas com dor e debilitação física também podem estar associadas com alterações da personalidade. O diagnóstico de Alteração da Personalidade Devido a Uma Condição Médica Geral é feito apenas quando é possível detectar um mecanismo fisiopatológico direto. A alteração da personalidade é um aspecto frequentemente associado de uma demência (por ex., Demência do Tipo Alzheimer). Um diagnóstico em separado de Alteração da Personalidade Devido a Uma Condição Médica Geral não é feito se também são reunidos os critérios para uma demência, nem se a alteração ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium. Além disso, o diagnóstico de Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral não é feito se a perturbação é melhor explicada por outro Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral (por ex., Transtorno do Humor Devido a Tumor Cerebral, Com Características Depressivas). As alterações da personalidade também podem ocorrer no contexto de uma Dependência de Substância, especialmente no caso de uma dependência de longa duração. O médico deve investigar atentamente a natureza e extensão do uso da substância. Se o profissional deseja indicar um relacionamento etiológico entre a alteração de personalidade e o uso de uma substância, a categoria Sem Outra Especificação pode ser usada para a substância específica (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Alterações acentuadas de personalidade também podem ser um aspecto associado de outros transtornos mentais (por ex., Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Transtornos do Humor, Transtornos do Controle dos Impulsos Sem Outra Especificação, Transtorno de Pânico). Entretanto, nesses transtornos, nenhum fator fisiológico específico é considerado como estando etiolologicamente relacionado à alteração da personalidade. A Alteração da

Personalidade Devido a Uma Condição Médica Geral pode ser diferenciada de um Transtorno da Personalidade pela exigência de uma alteração clinicamente significativa a partir de um funcionamento básico da personalidade e da presença de uma condição médica geral etiológica e específica.

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a...  
[Indicar a Condição Médica Geral]

A. Uma perturbação persistente da personalidade que representa uma mudança a partir de um padrão anterior da personalidade característico do indivíduo (em crianças, a perturbação envolve um acentuado desvio do desenvolvimento normal ou uma mudança significativa nos padrões habituais de comportamento, durando pelo menos 1 ano).

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (inclusive outros Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium e não satisfaz os critérios para uma demência.

E. A perturbação causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.

Especificar tipo:

- Tipo Instável: se o aspecto predominante é uma instabilidade afetiva.
- Tipo Desinibido: se o aspecto predominante é um fraco controle dos impulsos, evidenciado por indiscrições sexuais, etc.
- Tipo Agressivo: se o aspecto predominante é um comportamento agressivo.
- Tipo Apático: se o aspecto predominante é uma acentuada apatia e indiferença.
- Tipo Paranóide: se o aspecto predominante é desconfiança ou ideiação paranóide.
- Outro Tipo: se o aspecto predominante não é qualquer um dos acima, por ex., alteração da personalidade associada a um transtorno convulsivo.
- Tipo Combinado: se há predominância de mais de um aspecto no quadro clínico  
Tipo Não Especificado.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 310.1 Alteração da Personalidade Devido à Epilepsia do Lobo Temporal; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

## **F09 - 293.9 Transtorno Mental Sem Outra Especificação Devido a uma Condição Médica Geral**

Esta categoria residual deve ser usada para situações nas quais foi estabelecido que a perturbação é causada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, mas não são satisfeitos os critérios para um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral específico (por ex., sintomas dissociativos devido a convulsões parciais complexas). Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.9 Transtorno Mental Sem Outra Especificação Devido à Doença do HIV; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

### **Transtornos Relacionados a Substâncias**

Os Transtornos Relacionados a Substâncias incluem desde transtornos relacionados ao consumo de uma droga de abuso (inclusive álcool), aos efeitos colaterais de um medicamento e à exposição a toxinas. Neste manual, o termo substância pode referir-se a uma droga de abuso, um medicamento ou uma toxina. As substâncias discutidas nesta seção são agrupadas em 11 classes:

- álcool
- anfetamina ou simpaticomiméticos de ação similar
- cafeína
- canabinóides
- cocaína
- alucinógenos
- inalantes
- nicotina
- opióides
- fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de ação similar e sedativos
- hipnóticos ou ansiolíticos

As seguintes classes compartilham aspectos similares, embora sejam apresentadas em separado: o álcool compartilha características dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, e a cocaína compartilha características das anfetaminas ou simpaticomiméticos de ação similar. Esta seção também inclui Dependência de Múltiplas Substâncias e Transtornos Relacionados a Outras Substâncias ou Substâncias

Desconhecidas (incluindo a maior parte dos transtornos relacionados a medicamentos ou toxinas). Muitos medicamentos vendidos com ou sem prescrição médica também podem causar Transtornos Relacionados a Substâncias. Os sintomas com frequência estão relacionados à dosagem do medicamento e habitualmente desaparecem com a redução da dosagem ou suspensão do medicamento. Entretanto, às vezes pode haver uma reação idiossincrática a uma única dose. Os medicamentos capazes de causar Transtornos Relacionados a Substâncias incluem (mas não se limitam a) anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos, corticosteróides, medicamentos gastrintestinais, relaxantes musculares, antiinflamatórios não-esteróides, outros medicamentos vendidos sem prescrição, antidepressivos e dissulfiram. A exposição a uma ampla faixa de outras substâncias químicas também pode levar ao desenvolvimento de um Transtorno Relacionado a Substância. As substâncias tóxicas capazes de causar Transtornos Relacionados a Substâncias incluem (mas não se limitam a) metais pesados (por ex., chumbo ou alumínio), raticidas contendo estricnina, pesticidas contendo inibidores da acetilcolinesterase, gases nervosos, etileno glicol (anticongelante), monóxido e dióxido de carbono. As substâncias voláteis (por ex., combustíveis, tintas) são classificadas como "inalantes" (ver p. 228), quando usadas com fins de intoxicação e são consideradas "toxinas", se a exposição é acidental ou faz parte de um envenenamento intencional. Prejuízos na cognição ou no humor são os sintomas mais comuns associados com substâncias tóxicas, embora ansiedade, alucinações, delírios ou convulsões também possam ocorrer. Os sintomas em geral desaparecem quando o indivíduo deixa de expor-se à substância, mas sua resolução pode levar de semanas a meses e exigir tratamento.

- Transtorno por uso de Substância
- Dependência de Substância
- Abuso de Substância
- Transtorno induzido por Substância
- Intoxicação com Substância
- Abstinência de Substância
- Delirium Induzido por Substância
- Demência Persistente Induzida por Substância
- Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância
- Transtorno do Humor Induzido por Substância
- Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância
- Disfunção Sexual Induzida por Substância
- Transtorno do Sono Induzido por Substância

A seção inicia com o texto e os conjuntos de critérios para Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância aplicáveis às classes de substâncias. A seguir, apresentamos comentários gerais envolvendo características associadas, características

específicas à cultura, idade e gênero; curso; prejuízo e complicações; padrão familiar, diagnóstico diferencial e procedimentos de registro que se aplicam a todas as classes de substâncias. O restante da seção está organizado por classes de substâncias e descreve os aspectos específicos de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência para cada uma das 11 classes de substâncias. Para facilitar o diagnóstico diferencial, o texto e os critérios para os restantes Transtornos Relacionados a Substâncias são incluídos nas seções do manual, juntos aos transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Relacionado a Substância é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Os diagnósticos associados a cada grupo específico de substâncias são mostrados na Tabela 1.

## **Transtornos Mentais por Uso de Substâncias - Dependência de Substância**

### **Características**

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de Dependência de Substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de Dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex., sintomas de abstinência não são especificados para Dependência de Alucinógenos). Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjetivo para usar a substância) tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos). A Dependência é definida como um agrupamento de três ou mais dos sintomas relacionados adiante, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses. Tolerância (Critério 1) é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias. Os indivíduos com uso pesado de opióides e estimulantes podem desenvolver níveis substanciais (por ex., multiplicados por dez) de tolerância, freqüentemente em uma dosagem que seria letal para um não-usuário. A tolerância ao álcool também pode ser pronunciada, mas em geral é muito menos extrema do que no caso das anfetaminas. Muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando começaram a fumar. Os indivíduos com uso pesado de maconha em geral não têm consciência de que desenvolveram tolerância (embora esta tenha sido demonstrada em estudos com animais e em alguns indivíduos). Ainda não há certeza quanto ao desenvolvimento de tolerância com fenciclidina (PCP). A tolerância pode ser difícil de determinar apenas com base na história oferecida, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. Nessas situações, testes laboratoriais podem ser úteis (por ex., altos níveis sanguíneos da substância, juntamente com poucas evidências de intoxicação, sugerem uma provável

tolerância). A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem fala arrastada e fraca coordenação. A Abstinência (Critério 2a) é uma alteração comportamental mal-adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância. Após o desenvolvimento dos sintomas desagradáveis de abstinência, a pessoa tende a consumir a substância para aliviar ou para evitar estes sintomas (Critério 2b), tipicamente utilizando a substância durante o dia inteiro, começando logo após o despertar. Os sintomas de abstinência variam imensamente entre as classes de substâncias, de modo que são oferecidos conjuntos separados de critérios de Abstinência para a maioria das classes. Sinais acentuados e, com freqüência, facilmente mensuráveis de abstinência são comuns com álcool, opióides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência freqüentemente estão presentes, mas podem ser menos visíveis, no caso de estimulantes tais como anfetaminas, cocaína e nicotina. Nenhuma abstinência significativa é vista mesmo após o uso repetido de alucinógenos. A abstinência de fenciclidina e substâncias correlatas ainda não foi descrita em humanos (embora tenha sido demonstrada em animais). Nem tolerância nem abstinência são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substância. Alguns indivíduos (por ex., com Dependência de Canabinóides) apresentam um padrão de uso compulsivo sem quaisquer sinais de tolerância ou abstinência. Em contrapartida, alguns pacientes pós-cirúrgicos sem Dependência de Opióide podem desenvolver tolerância aos opióides prescritos e experimentar sintomas de abstinência sem mostrar quaisquer sinais de uso compulsivo. Os especificadores Com Dependência Fisiológica e Sem Dependência Fisiológica são oferecidos para indicar presença ou ausência de tolerância ou abstinência. Os aspectos a seguir descrevem o padrão de uso compulsivo de substância característico da Dependência. O indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que de início pretendia (por ex., continuar a beber até estar severamente intoxicado, apesar de ter estabelecido o limite de apenas uma dose) (Critério 3). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância. Com freqüência, já houve muitas tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso (Critério 4). O indivíduo pode dispende muito tempo obtendo a substância, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos (Critério 5). Em alguns casos de Dependência de Substância, virtualmente todas as atividades da pessoa giram em torno da substância. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude do seu uso (Critério 6), e o indivíduo pode afastar-se de atividades familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos usuários da substância. Apesar de admitir a sua contribuição para um problema psicológico ou físico (por ex., severos sintomas depressivos ou danos aos sistemas orgânicos), a pessoa continua usando a substância (Critério 7). A questão essencial, ao avaliar este critério, não é a existência do problema, mas o fracasso do indivíduo em abster-se da utilização da substância, apesar de dispor de evidências das dificuldades que esta lhe causa.

## Especificadores

A tolerância e a abstinência podem estar associadas com um maior risco para problemas médicos gerais imediatos e com uma taxa superior de recaídas. Os especificadores seguintes são oferecidos para a anotação de sua presença ou ausência: Com Dependência Fisiológica. Este especificador deve ser usado quando a Dependência de Substância é acompanhada por evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2). Sem Dependência Fisiológica. Este especificador deve ser usado quando não existem evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2). Nesses indivíduos, a Dependência de Substância é caracterizada por um padrão de uso compulsivo (pelo menos três dos Critérios de 3 a 7).

## Especificadores de Curso

Seis especificadores de curso estão disponíveis para a Dependência de Substância. Os quatro especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que todos os critérios para Dependência de Substância ou Abuso de Substância estiveram ausentes por pelo menos 1 mês. A definição desses quatro tipos de Remissão está baseada no intervalo de tempo passado desde a cessação da Dependência (Remissão Inicial versus Mantida) e na persistência de um ou mais dos itens incluídos nos conjuntos de critérios para Dependência ou Abuso (Remissão Parcial versus Remissão Completa). Uma vez que os 12 primeiros meses após a Dependência são um período de risco particularmente alto para a recaída, este período é chamado de Remissão Inicial. Decorridos 12 meses de Remissão Inicial sem recaída para a Dependência, a pessoa ingressa na Remissão Mantida. Tanto para a Remissão Inicial quanto para a Remissão Mantida, uma designação adicional de Completa é dada, se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito durante o período de remissão; uma designação de Parcial é dada se pelo menos um dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito, intermitente ou continuamente, durante o período de remissão. A diferenciação entre Remissão Completa Mantida e recuperado (ausência atual de Transtorno por Uso de Substância) exige a consideração da extensão de tempo desde o último período da perturbação, a duração total da mesma e a necessidade de continuidade da avaliação. Se, após um período de remissão ou recuperação, o indivíduo novamente se torna dependente, a aplicação do especificador Remissão Inicial exige que novamente haja pelo menos 1 mês no qual os critérios para Dependência ou Abuso não são satisfeitos. Dois especificadores adicionais são oferecidos: Em Terapia com Agonista e Em Ambiente Controlado. Para que um indivíduo qualifique-se para a Remissão Inicial após a cessação de uma terapia com agonista ou alta de um ambiente controlado, deve haver um período de 1 mês no qual nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito. Os seguintes especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito por pelo menos 1 mês. Observe que esses especificadores não se aplicam se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado (ver adiante). Remissão Completa Inicial. Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas por menos de 12 meses, nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito.



### Remissão Parcial Inicial.

Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos).

### Remissão Completa Mantida.

Este especificador é usado se nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de 12 meses ou mais.

### Remissão Parcial Mantida.

Este especificador é usado se não foram satisfeitos todos os critérios para Dependência por um período de 12 meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos. Os seguintes especificadores aplicam-se se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado: Em Terapia com Agonista. Este especificador é usado se o indivíduo está usando um medicamento agonista prescrito, e nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito para esta classe de medicamento pelo menos durante o último mês (exceto tolerância ou abstinência do agonista). Esta categoria também se aplica aos indivíduos que estão sendo tratados para Dependência com um agonista parcial ou um agonista / antagonista.

### Em Ambiente Controlado.

Este especificador é usado se o indivíduo está em um ambiente onde o acesso ao álcool e substâncias controladas é restrito, e se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito pelo menos no último mês. Exemplos desses ambientes são prisões atentamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares com portas trancadas.

### Critérios para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas)

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Especificadores de curso (ver texto para definições):

- Remissão Completa Inicial
- Remissão Parcial Inicial
- Remissão Completa Mantida
- Remissão Parcial Mantida
- Em Terapia com Agonista
- Em Ambiente Controlado

## **Abuso de Substância**

### Características

A característica essencial do Abuso de Substância é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes (Critério A). Esses problemas devem acontecer de maneira recorrente, durante o mesmo período de 12 meses. À diferença dos critérios para Dependência de Substância, os critérios para Abuso de Substância não incluem tolerância, abstinência ou um padrão de uso compulsivo, incluindo, ao invés disso, apenas as conseqüências prejudiciais do uso repetido. Um diagnóstico de Abuso de Substância é cancelado pelo diagnóstico de Dependência de Substância, se o padrão de uso da substância pelo indivíduo alguma vez já satisfizesse os critérios para Dependência para esta classe de substâncias (Critério B). Embora um diagnóstico de Abuso de Substância seja mais provável em indivíduos que apenas recentemente começaram a consumi-la, alguns indivíduos continuam por um longo período de tempo sofrendo as conseqüências sociais adversas relacionadas à substância, sem desenvolverem evidências de Dependência de Substância. A categoria Abuso de Substância não se aplica à nicotina e à cafeína. O indivíduo pode repetidamente apresentar intoxicação ou outros sintomas relacionados à substância, quando deveria cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (Critério A1). Pode haver repetidas ausências ou fraco desempenho no trabalho, relacionados a "ressacas" recorrentes. Um estudante pode ter ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância. Enquanto intoxicado, o indivíduo pode negligenciar os filhos ou os afazeres domésticos. A pessoa pode apresentar-se repetidamente intoxicada em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., ao dirigir um automóvel, operar máquinas ou em comportamentos recreativos arriscados, tais como nadar ou praticar montanhismo) (Critério A2). Podem ser observados problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira, agressão e espancamento, direção sob influência da substância) (Critério A3). O indivíduo pode continuar utilizando a substância, apesar de uma história de conseqüências sociais ou interpessoais indesejáveis, persistentes ou recorrentes (por ex., conflito com o cônjuge ou divórcio, lutas corporais ou verbais) (Critério A4).

## Critérios para Abuso de Substância

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).

(2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância).

(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

## **Transtornos Induzidos por uso de Substâncias - Intoxicação com Substância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial da Intoxicação com Substância é o desenvolvimento de uma síndrome reversível e específica de uma substância devido à sua ingestão recente (ou exposição a esta) (Critério A). As alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas associadas à intoxicação (por ex., beligerância, instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, juízo comprometido, funcionamento social ou ocupacional prejudicado) devem-se aos efeitos fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central e se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C). A Intoxicação com Substância frequentemente está associada com Abuso de Substância ou Dependência de Substância. Esta categoria não se aplica à nicotina. Evidências do consumo recente da substância podem ser obtidas a partir da história, exame físico (por ex., hálito alcoólico) ou análise toxicológica de líquidos corporais (por ex., urina ou sangue). As alterações mais comuns envolvem perturbações da percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. O

quadro clínico específico na Intoxicação com Substância varia drasticamente entre os indivíduos, dependendo também da substância envolvida, da dose, da duração ou cronicidade da dosagem, da tolerância da pessoa à substância, do período de tempo decorrido desde a última dose, das expectativas da pessoa quanto aos efeitos da substância e do contexto ou ambiente no qual ela é consumida. As intoxicações de curto prazo ou "agudas" podem ter sinais e sintomas diferentes daqueles apresentados nas intoxicações prolongadas ou "crônicas". Por exemplo, doses moderadas de cocaína podem, inicialmente, produzir sociabilidade, mas um retraimento social pode desenvolver-se, caso essas doses sejam frequentemente repetidas por dias ou semanas. Diferentes substâncias (às vezes até mesmo diferentes classes de substâncias) podem produzir sintomas idênticos. A Intoxicação com Cocaína e a Intoxicação com Anfetamina, por exemplo, podem apresentar um quadro de grandiosidade e hiperatividade, acompanhado de taquicardia, dilatação das pupilas, pressão sangüínea elevada e perspiração ou calafrios. Quando usado no sentido fisiológico, o termo intoxicação é mais amplo do que Intoxicação com Substância como definido aqui. Muitas substâncias podem produzir alterações fisiológicas ou psicológicas que não são, necessariamente, mal-adaptativas. Por exemplo, um indivíduo com taquicardia por uso excessivo de cafeína tem uma intoxicação fisiológica, mas sendo esse o único sintoma na ausência de comportamento mal-adaptativo, o diagnóstico de Intoxicação com Cafeína não se aplica. A natureza mal-adaptativa da alteração comportamental induzida pela substância depende do contexto social e ambiental. O comportamento mal-adaptativo em geral coloca o indivíduo em risco significativo de efeitos adversos (por ex., acidentes, complicações médicas em geral, perturbação dos relacionamentos sociais e familiares, dificuldades ocupacionais ou financeiras, problemas legais). Os sinais e sintomas de intoxicação podem às vezes persistir por horas ou dias além do período em que a substância é detectável nos líquidos corporais. Isto pode ser devido à permanência de baixas concentrações da substância em certas áreas do cérebro ou a um efeito de "bater e correr", no qual uma substância altera um processo fisiológico cuja recuperação toma mais tempo do que o necessário para a eliminação da substância. Esses efeitos mais prolongados da intoxicação devem ser diferenciados da abstinência (isto é, sintomas iniciados por um declínio nas concentrações de uma substância no sangue e tecidos).

### Critérios para Intoxicação com Substância

A. Desenvolvimento de uma síndrome reversível específica à substância devido à recente ingestão de uma substância (ou exposição a ela). Obs.: Diferentes substâncias podem produzir síndromes similares ou idênticas.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal-adaptativas devido ao efeito da substância sobre o sistema nervoso central (por ex., beligerância, instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, comprometimento da memória, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional), que se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância.

C. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por um outro transtorno mental.

## **Transt. Mentais Relacionados à Substâncias**

Os Transtornos Relacionados a Substâncias são divididos em dois grupos:

- Transtorno por uso de Substância
- Dependência de Substância
- Abuso de Substância
- Transtorno induzido por Substância
- Intoxicação com Substância
- Abstinência de Substância
- Delírium Induzido por Substância
- Demência Persistente Induzida por Substância
- Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância
- Transtorno do Humor Induzido por Substância
- Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância
- Disfunção Sexual Induzida por Substância
- Transtorno do Sono Induzido por Substância

## **Abstinência de Substância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial da Abstinência de Substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de uma substância (Critério A). A síndrome específica à substância causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C). A abstinência geralmente, mas nem sempre, está associada com Dependência de Substância. A maior parte dos indivíduos com Abstinência (talvez todos) tem uma tendência por readministrar a substância para a redução dos sintomas. O diagnóstico de Abstinência é reconhecido para os seguintes grupos de substâncias: álcool; anfetaminas e outras substâncias correlatas; cocaína; nicotina; opióides; e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os sinais e sintomas de Abstinência variam de acordo com a substância usada, sendo a maior parte dos sintomas o oposto daqueles observados na Intoxicação com a mesma substância. A dose e a duração do uso e outros fatores tais como a presença ou ausência de doenças adicionais também afetam os sintomas de

abstinência. A Abstinência desenvolve-se quando as doses são reduzidas ou cessadas, ao passo que os sinais e sintomas de Intoxicação melhoram (gradualmente, em alguns casos) após a cessação das doses.

### Critérios para Abstinência de Substância

A. Desenvolvimento de uma síndrome específica à substância devido à cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado da substância.

B. A síndrome específica à substância causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

### Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância

#### Pontos da avaliação.

O diagnóstico de Dependência de Substância exige a obtenção da história detalhada a partir do indivíduo e, sempre que possível, de fontes adicionais de informações (por ex., registros médicos, cônjuge, parente ou amigo íntimo). Além disso, os achados do exame físico e os resultados de testes laboratoriais podem ser úteis. Via de administração.

A via de administração de uma substância é um importante fator para a determinação de seus efeitos (incluindo o tempo de desenvolvimento da Intoxicação, a probabilidade de produção de alterações fisiológicas associadas com a Abstinência, a probabilidade de o uso levar à Dependência ou Abuso, e se os padrões de consumo são caracterizados por uso compulsivo periódico ou uso diário). As vias de administração que produzem a absorção mais rápida e eficiente na corrente sanguínea (por ex., intravenosa, fumada ou "cheirada") tendem a resultar em uma intoxicação mais intensa e em uma probabilidade maior de um padrão progressivo de uso da substância, levando à Dependência. As vias de administração que enviam rapidamente uma grande quantidade da substância para o cérebro também estão associadas com níveis superiores de consumo da substância e maior probabilidade de efeitos tóxicos. Uma pessoa que usa anfetamina intravenosa, por exemplo, está mais propensa a consumir grandes quantidades da substância e, portanto, encontra-se em maior risco de superdosagem do que uma pessoa que consome anfetamina apenas de uma forma oral ou intranasal.

Velocidade de início dentro de uma classe de substâncias.

As substâncias de ação rápida estão mais propensas a produzir intoxicação imediata e a levar à Dependência ou Abuso do que as de ação mais lenta. Uma vez que o diazepam e o alprazolam têm um início de ação mais rápido que o oxazepam, por exemplo, eles podem, conseqüentemente, estar mais propensos a provocar Dependência ou Abuso de Substância.

Duração dos efeitos.

A duração dos efeitos associados com determinada substância também é importante para determinar o curso temporal da Intoxicação e se seu uso levará à Dependência ou Abuso. As substâncias de ação relativamente curta (por ex., certos ansiolíticos) tendem a ter um potencial mais alto para o desenvolvimento de Dependência ou Abuso do que as substâncias com efeitos similares, com uma duração de ação prolongada (por ex., fenobarbital). A meia-vida da substância tem paralelos com os aspectos da Abstinência, isto é, quanto mais prolongada a ação, maior o tempo entre a cessação do uso e o início dos sintomas de abstinência, e maior a duração provável da Abstinência.

Uso de múltiplas substâncias.

Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância em geral envolvem diversas substâncias usadas simultânea ou seqüencialmente. Os indivíduos com Dependência de Cocaína, por exemplo, com freqüência utilizam também álcool, ansiolíticos ou opióides, geralmente para combater os sintomas persistentes de ansiedade induzidos por ela. De maneira similar, os indivíduos com Dependência de Opióides ou de Canabinóides em geral têm vários outros Transtornos Relacionados a Substâncias, envolvendo, com maior freqüência, álcool, ansiolíticos, anfetamina ou cocaína. Quando são satisfeitos os critérios para mais de um Transtorno Relacionado a Substância, múltiplos diagnósticos devem ser dados.

Achados laboratoriais associados.

Análises laboratoriais de amostras de sangue e urina podem ajudar a determinar o uso recente de uma substância. Os níveis sangüíneos também oferecem informações acerca da quantidade de substância ainda presente no corpo. Cabe notar que um teste positivo de sangue ou urina não indica, por si só, a existência de um padrão de uso de substância que satisfaça os critérios para um Transtorno Relacionado a Substância e que um teste negativo de sangue ou urina não descarta, por si só, um diagnóstico de Transtorno Relacionado a Substância. No caso de Intoxicação, os testes de sangue e urina podem ajudar a determinar a(s) substância(s) relevante(s) envolvida(s). A confirmação da substância específica suspeitada pode exigir uma análise toxicológica, uma vez que várias substâncias têm síndromes de intoxicação semelhantes; os indivíduos com freqüência consomem diversas substâncias diferentes, e uma vez que a substituição ou contaminação das drogas de rua é freqüente, os usuários que obtêm as substâncias ilícitamente muitas vezes não conhecem o conteúdo específico do que consumiram. Os exames toxicológicos também podem ser úteis no diagnóstico



diferencial, para determinar o papel da Intoxicação com Substância ou da Abstinência na etiologia (ou exacerbação) dos sintomas de uma variedade de transtornos mentais (por ex., Transtornos do Humor, Transtornos Psicóticos). Além disso, níveis sanguíneos sequenciais ajudam a diferenciar a Intoxicação da Abstinência. O nível sanguíneo de uma substância pode ser um indicador útil para determinar se a pessoa tem uma alta tolerância a um determinado grupo de substâncias (por ex., uma pessoa que apresenta um nível sanguíneo de álcool acima de 150 mg/dl sem sinais de Intoxicação com Álcool tem uma tolerância significativa ao álcool, podendo ser uma usuária crônica tanto de álcool quanto de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico). Um outro método para avaliar a tolerância consiste em determinar a resposta do indivíduo a um medicamento agonista ou antagonista. Por exemplo, uma pessoa que não apresenta sinais de intoxicação com uma dose de pentobarbital de 200mg ou mais tem uma tolerância significativa a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, podendo precisar de tratamento para a prevenção do desenvolvimento de Abstinência. De modo similar, nos casos em que a tolerância ou a Dependência a opióides não pode ser claramente confirmada pela anamnese, o uso de um antagonista (por ex., naloxona) para demonstrar se os sintomas de abstinência são induzidos pode ser elucidativo. Os testes laboratoriais podem ser úteis na identificação da Abstinência em indivíduos com Dependência de Substância. Evidências de cessação ou redução da dosagem podem ser obtidas pela história ou pela análise toxicológica dos líquidos corporais (por ex., urina ou sangue). Embora a maior parte das substâncias e seus metabólitos seja eliminada na urina dentro de 48 horas após a ingestão, certos metabólitos podem estar presentes por um período mais longo nos indivíduos que usam determinada substância de uma forma crônica. Caso a pessoa se apresente com Abstinência por uma substância desconhecida, os testes de urina podem ajudar a identificar aquela da qual a pessoa está abstinente e possibilitar o início do tratamento apropriado. Os testes de urina também podem ser úteis na diferenciação entre a Abstinência e outros transtornos mentais, já que os sintomas de abstinência podem imitar os sintomas de transtornos mentais não relacionados com o uso de uma substância.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Como é descrito nas seções específicas às 11 classes de substâncias, os estados de intoxicação e abstinência tendem a incluir sinais e sintomas físicos que frequentemente são o primeiro indicador de um estado relacionado a uma substância. Em geral, a intoxicação com anfetaminas ou cocaína é acompanhada por uma elevação da pressão sanguínea, da frequência respiratória, do pulso e da temperatura corporal. A intoxicação com sedativos, hipnóticos ou [183]substâncias ansiolíticas ou com medicamentos opióides frequentemente envolve o padrão oposto. A Dependência e o Abuso de Substâncias muitas vezes estão associados a condições médicas gerais, frequentemente relacionadas aos efeitos tóxicos das substâncias em sistemas orgânicos específicos (por ex., cirrose na Dependência de Álcool) ou às vias de administração (por ex., infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV] devido a agulhas compartilhadas).

Transtornos mentais associados.

O uso de substâncias muitas vezes faz parte do quadro sintomático de transtornos mentais. Quando os sintomas são considerados consequência fisiológica direta de uma substância, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Induzido por Substância. Os Transtornos Relacionados a Substâncias também são muitas vezes co-mórbidos, complicando o curso e o tratamento de muitos transtornos mentais (por ex., Transtorno de Conduta em adolescentes, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Borderline, Esquizofrenia e Transtornos do Humor).

Procedimentos de Registro para Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência Para drogas de abuso.

O clínico deve usar o código aplicável à classe de substâncias, mas registrar o nome da substância específica, ao invés do nome da classe. Por exemplo, registrar 292.0 Abstinência de Secobarbital (ao invés de Abstinência de Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico) ou 305.70 Abuso de Metanfetamina (ao invés de Abuso de Anfetamina). Para substâncias que não se enquadram em qualquer das classes (por ex., nitrato de amila), deve-se usar o código apropriado para "Dependência de Outra Substância", e indicar "Abuso de Outra Substância", "Intoxicação com Outra Substância" ou "Abstinência de Outra Substância" e indicar a substância específica (por ex., 305.90 Abuso de Nitrato de Amila). Se a substância consumida pelo indivíduo é desconhecida, deve-se usar o código para a classe "Outra Substância (ou Substância Desconhecida)" (por ex., 292.89 Intoxicação por Substância Desconhecida). Para uma substância em particular, quando satisfeitos os critérios de mais de um Transtorno Relacionado a Substância, todos devem ser diagnosticados (por ex., 292.0 Abstinência de Heroína; 304.0 Dependência de Heroína). Caso existam sintomas ou problemas associados com determinada substância, porém sem satisfazer os critérios para qualquer dos transtornos específicos à substância, pode-se usar a categoria Sem Outra Especificação (por ex., 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis Sem Outra Especificação). Se múltiplas substâncias são usadas, todos os Transtornos Relacionados a Substâncias relevantes devem ser diagnosticados (por ex., 292.89 Intoxicação com Mescalina; 304.20 Dependência de Cocaína).

Para medicamentos e toxinas.

Para medicamentos ainda não citados (bem como para toxinas), deve-se usar o código para "Outra Substância". O medicamento específico pode ser codificado listando-se também o código E apropriado no Eixo I (ver Apêndice G) (por ex., 292.89 Intoxicação com Benzotropina; E941.1 Benzotropina). Os códigos E também devem ser usados para as classes de substâncias antes listadas, quando tomadas como medicamentos prescritos (por ex., opióides).

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Existem amplas variações culturais nas atitudes acerca do consumo, padrões de uso, acessibilidade das substâncias, reações fisiológicas a substâncias e prevalência de Transtornos Relacionados a Substâncias. Alguns grupos proíbem o uso de álcool, enquanto em outros o uso de várias substâncias para efeitos de alteração do humor é amplamente aceito. A avaliação do padrão de uso de uma substância, em qualquer indivíduo, deve levar em conta esses fatores. Os padrões de uso de medicamentos e de exposição a toxinas também variam amplamente dentro de cada país e entre os diversos países. Os indivíduos entre 18 e 24 anos de idade têm taxas relativamente altas de prevalência para o uso de virtualmente qualquer substância, incluindo o álcool. Para drogas de abuso, a Intoxicação é geralmente o Transtorno Relacionado a Substância inicial, habitualmente começando na adolescência. A Abstinência pode ocorrer em qualquer idade, desde que a droga em questão tenha sido tomada em doses suficientemente altas durante período suficientemente longo. A Dependência também pode ocorrer em qualquer idade, mas tipicamente inicia, para a maioria das drogas de abuso, na casa dos 20, 30 e 40 anos. Quando um Transtorno Relacionado a Substância afora a Intoxicação inicia no começo da adolescência, ele está freqüentemente associado com Transtorno da Conduta e fracasso em completar a escolarização. Para drogas de abuso, os Transtornos Relacionados a Substâncias geralmente são diagnosticados com maior freqüência em homens do que em mulheres, mas a proporção entre os sexos varia de acordo com a classe da substância.

## Curso

O curso da Dependência, do Abuso, da Intoxicação e da Abstinência varia de acordo com a classe, via de administração da substância e outros fatores. As seções relativas ao "Curso", para as várias classes de substâncias, indicam os aspectos característicos e específicos de cada uma delas. Entretanto, podemos fazer algumas generalizações para todas as substâncias. A intoxicação em geral se desenvolve minutos a horas após uma dose isolada de suficiente magnitude e continua ou intensifica-se com doses freqüentemente repetidas. A intoxicação em geral começa a ceder com o declínio das concentrações sanguíneas da substância, mas os sinais e sintomas podem resolver-se lentamente em algumas situações, perdurando por horas ou dias após a substância não mais ser detectável nos líquidos corporais. O início da intoxicação pode demorar com substâncias de lenta absorção ou que precisam ser metabolizadas para compostos ativos. As substâncias de longa ação podem produzir intoxicações prolongadas. A abstinência desenvolve-se com o declínio da substância no sistema nervoso central. Os sintomas iniciais de Abstinência em geral se desenvolvem algumas horas após a cessação do uso, no caso de substâncias com meia-vida de eliminação curta (por ex., álcool, lorazepam ou heroína), ao passo que convulsões por abstinência podem desenvolver-se várias semanas após o término de altas doses de substâncias ansiolíticas com meia-vida longa. Os sinais mais intensos de Abstinência em geral desaparecem alguns dias ou semanas após a cessação do uso da substância, embora alguns sinais fisiológicos sutis possam ser detectáveis por muitas semanas ou mesmo meses como parte de uma síndrome de abstinência prolongada. Um diagnóstico de Abuso de Substância é mais provável em indivíduos que apenas recentemente

começaram a usar as substâncias. Para muitos indivíduos, o Abuso de determinada classe de substâncias evolui para a Dependência da mesma classe de substâncias. Isto vale particularmente para aquelas substâncias com um alto potencial para o desenvolvimento de tolerância, abstinência e padrões de uso compulsivo. Alguns indivíduos têm episódios de Abuso de Substância que se estendem por um longo período, sem jamais desenvolverem Dependência de Substância, principalmente no caso daquelas substâncias que têm um potencial mais baixo para o desenvolvimento de tolerância, abstinência e padrões de uso compulsivo. Satisfeitos os critérios para Dependência de Substância, é vedado um diagnóstico subsequente de Abuso de Substância para qualquer substância da mesma classe. Para uma pessoa com Dependência de Substância em remissão completa, quaisquer recaídas que satisfaçam os critérios para Abuso de Substância devem ser consideradas como Dependência em remissão parcial. O curso da Dependência de Substância é variável. Embora episódios relativamente breves e autolimitados possam ocorrer (em especial durante períodos de estresse psicossocial), o curso geralmente é crônico, durando anos, com períodos de exacerbação e remissão parcial ou completa. Pode haver períodos de consumo pesado e problemas severos, períodos de abstinência total e períodos de uso não-problemático da substância, algumas vezes durando por meses. A Dependência de Substância ocasionalmente é associada com remissões espontâneas a longo prazo. Estudos de seguimento, por exemplo, revelam que 20% (ou mais) dos indivíduos com Dependência de Álcool tornam-se permanentemente abstêmios, em geral após um estresse severo de vida (por ex., ameaça ou imposição de sanções legais ou sociais, descoberta de uma complicação médica ameaçadora à vida). Durante os primeiros 12 meses após o início da remissão, o indivíduo está particularmente vulnerável a uma recaída. Muitos indivíduos subestimam sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de um padrão de Dependência. Quando em um período de remissão, eles incorretamente se asseguram de que não terão problemas em regular o uso da substância, podendo fazer experiências com regras cada vez menos restritivas governando o uso da substância, apenas para sofrerem um retorno à Dependência. A presença de transtornos mentais concomitantes (por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno Depressivo Maior) frequentemente aumenta o risco de complicações e de uma má evolução.

## Comprometimento e Complicações

Embora muitos indivíduos com problemas relacionados a substâncias tenham um bom funcionamento (por ex., relacionamentos pessoais, desempenho profissional, capacidades de sustento), esses transtornos frequentemente causam acentuado comprometimento e severas complicações. Os indivíduos com Transtornos Relacionados a Substâncias frequentemente experimentam uma deterioração em sua saúde geral. A desnutrição e outras condições médicas gerais podem resultar de uma dieta e higiene pessoal inadequadas. A Intoxicação e a Abstinência podem ser complicadas por algum trauma relacionado a um prejuízo na coordenação motora ou no julgamento. Os materiais usados para o "corte" (mistura) de certas substâncias podem produzir reações tóxicas ou alérgicas. O uso intranasal de substâncias ("cheirar") pode causar erosão do septo nasal. O uso de estimulantes pode resultar em morte súbita por arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico ou parada

respiratória. O uso de agulhas contaminadas durante a administração intravenosa de substâncias pode causar infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite, tétano, vasculite, septicemia, endocardite bacteriana subaguda, fenômenos de embolia e malária. O uso de substâncias pode estar associado com um comportamento violento ou agressivo, que pode manifestar-se por lutas corporais ou atividade criminosa e resultar em ferimentos ao usuário da substância ou a outras pessoas. Acidentes automobilísticos, domésticos e industriais são uma importante complicação da Intoxicação com Substância, constituindo uma apreciável taxa de morbidade e mortalidade. Aproximadamente metade de todas as mortes por acidentes de trânsito envolve um motorista ou um pedestre intoxicado. Além disso, talvez 10% dos indivíduos com Dependência de Substância cometam o suicídio, freqüentemente no contexto de um Transtorno do Humor Induzido por Substância. Finalmente, uma vez que a maioria das substâncias descritas nesta seção, se não todas, cruzam a placenta, elas podem ter efeitos adversos sobre o feto em desenvolvimento (por ex., síndrome alcoólica fetal). Quando tomadas repetidamente em altas doses pela mãe, diversas substâncias (por ex., cocaína, opióides, álcool e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos) são capazes de causar dependência fisiológica no feto e uma síndrome de abstinência no recém-nascido.

### Padrão Familiar

Informações acerca de associações familiares têm sido mais estudadas para os Transtornos Relacionados ao Álcool ( ver p. 197 : discussão detalhada no sub-ítem Padrão Familiar , pertencente à seção Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool). Existem algumas evidências da existência de diferenças geneticamente determinadas entre os indivíduos, quanto às doses necessárias para a produção de Intoxicação com Álcool. Embora o Abuso e a Dependência de Substância pareçam agregar-se em famílias, este efeito pode ser explicado em parte pela distribuição familiar concomitante do Transtorno da Personalidade Anti-Social, que pode predispor os indivíduos ao desenvolvimento de Abuso ou Dependência de Substância.

### Diagnóstico Diferencial

Os Transtornos Relacionados a Substâncias são diferenciados do uso não patológico de substâncias (por ex., beber "socialmente") e do uso de medicamentos para finalidades médicas apropriadas pela presença de tolerância, abstinência, uso compulsivo ou problemas relacionados à substância (por ex., complicações médicas, perturbação dos relacionamentos sociais e familiares, dificuldades ocupacionais ou financeiras, problemas legais). Episódios repetidos de Intoxicação com Substância são quase invariavelmente aspectos proeminentes do Abuso ou da Dependência de Substância. Entretanto, um ou mais episódios de Intoxicação apenas não bastam para fazer um diagnóstico de Dependência ou de Abuso de Substância. Ocasionalmente, a diferenciação entre Intoxicação com Substância e Abstinência de Substância pode ser difícil. Se um sintoma surge durante o momento de tomar a dose e a seguir cede

gradualmente após a cessação desta, ele tende a fazer parte da Intoxicação. Se o sintoma surge após a cessação ou redução do uso da substância, ele tende a fazer parte da Abstinência. Os indivíduos com Transtornos Relacionados a Substâncias freqüentemente consomem mais de uma substância e podem estar intoxicados com uma substância (por ex., heroína) e em abstinência de outra (por ex., diazepam). Este diagnóstico diferencial é complicado ainda mais pelo fato de os sinais e sintomas da Abstinência de algumas substâncias (por ex., sedativos) poderem imitar, inicialmente, a Intoxicação com outras (por ex., anfetaminas). A Intoxicação com Substância é diferenciada de Delirium por Intoxicação com Substância, Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação, Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação, Disfunção Sexual Induzida por Substância, Com Início Durante Intoxicação e Transtorno do Sono Induzido por Substância, Com Início Durante a Intoxicação, pelo fato de que os sintomas nestes transtornos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Substância e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente. A Abstinência de Substância é diferenciada de Delirium por Abstinência de Substância, Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência, Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência e Transtorno do Sono Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência), pelo fato de que os sintomas nestes transtornos excedem aqueles habitualmente associados com a Abstinência de Substância e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente. Os Transtornos Induzidos por Substâncias enumerados anteriormente apresentam sintomas que se assemelham a transtornos mentais não induzidos por substâncias (isto é, primários). Um diagnóstico adicional de Transtorno Induzido por Substância geralmente não é feito quando sintomas de transtornos mentais preexistentes são exacerbados pela Intoxicação ou Abstinência de Substância (embora um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência possa ser apropriado). Por exemplo, a Intoxicação com algumas substâncias pode exacerbar as alterações de humor no Transtorno Bipolar, as alucinações auditivas e os delírios paranóides na Esquizofrenia, os pensamentos intrusivos e sonhos assustadores no Estresse Pós-Traumático e os sintomas de ansiedade no Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social e Agorafobia. A Intoxicação ou a Abstinência também podem aumentar o risco de suicídio, violência e comportamento impulsivo em indivíduos com um Transtorno da Personalidade Anti-Social ou Borderline preexistentes. Muitas condições neurológicas (por ex., traumatismos cranianos) ou metabólicas produzem sintomas que se assemelham e às vezes são erroneamente atribuídos à Intoxicação ou Abstinência (por ex., níveis flutuantes de consciência, fala arrastada, falta de coordenação). Os sintomas de doenças infecciosas também podem assemelhar-se à Abstinência de algumas substâncias (por ex., a gastroenterite viral pode assemelhar-se à Abstinência de Opióides). Se os sintomas são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, deve-se diagnosticar o Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral apropriado. Se os sintomas são considerados uma consequência fisiológica direta do uso de uma substância e de uma condição médica geral, ambos os diagnósticos, de Transtorno Relacionado a Substâncias e de Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral, podem ser feitos. Se o clínico é incapaz de determinar se os sintomas apresentados são induzidos por substância, se são

decorrência de uma condição médica geral ou se são primários, aplica-se a categoria Sem Outra Especificação (por ex., sintomas psicóticos com etiologia indeterminada seriam diagnosticados como Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação).

## Transtornos Mentais Induzidos por Substância - Incluídos em Outra Parte do Manual

Os Transtornos Induzidos por Substâncias causam uma variedade de sintomas característicos de outros transtornos mentais. Para facilitar o diagnóstico diferencial, o texto e os critérios para esses outros Transtornos Induzidos por Substâncias são incluídos nas seções do manual que descrevem os transtornos com os quais compartilham a fenomenologia:

- Delirium Induzido por Substância é incluído na seção Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos
- Demência Persistente Induzida por Substância é incluída na seção Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos
- Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância é incluído na seção Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos.
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância é incluído na seção Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (no DSM-III-R esses transtornos eram classificados como "alucinação orgânica" e "transtorno delirante orgânico").
- Transtorno do Humor Induzido por Substância é incluído na seção Transtornos do Humor.
- Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é incluído na seção Transtornos de Ansiedade.
- Disfunção Sexual Induzida por Substância é incluída na seção Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero
- Transtorno do Sono Induzido por Substância é incluído na seção Transtornos do Sono
- Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks) é incluído sob Transtornos Relacionados a Alucinógenos

## Transtornos Induzidos por uso de Substâncias - Intoxicação com Substância

### Características Diagnósticas

A característica essencial da Intoxicação com Substância é o desenvolvimento de uma síndrome reversível e específica de uma substância devido à sua ingestão recente (ou exposição a esta) (Critério A). As alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas associadas à intoxicação (por ex., beligerância, instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, juízo comprometido, funcionamento social

ou ocupacional prejudicado) devem-se aos efeitos fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central e se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C). A Intoxicação com Substância frequentemente está associada com Abuso de Substância ou Dependência de Substância. Esta categoria não se aplica à nicotina. Evidências do consumo recente da substância podem ser obtidas a partir da história, exame físico (por ex., hálito alcoólico) ou análise toxicológica de líquidos corporais (por ex., urina ou sangue). As alterações mais comuns envolvem perturbações da percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. O quadro clínico específico na Intoxicação com Substância varia drasticamente entre os indivíduos, dependendo também da substância envolvida, da dose, da duração ou cronicidade da dosagem, da tolerância da pessoa à substância, do período de tempo decorrido desde a última dose, das expectativas da pessoa quanto aos efeitos da substância e do contexto ou ambiente no qual ela é consumida. As intoxicações de curto prazo ou "agudas" podem ter sinais e sintomas diferentes daqueles apresentados nas intoxicações prolongadas ou "crônicas". Por exemplo, doses moderadas de cocaína podem, inicialmente, produzir sociabilidade, mas um retraimento social pode desenvolver-se, caso essas doses sejam frequentemente repetidas por dias ou semanas. Diferentes substâncias (às vezes até mesmo diferentes classes de substâncias) podem produzir sintomas idênticos. A Intoxicação com Cocaína e a Intoxicação com Anfetamina, por exemplo, podem apresentar um quadro de grandiosidade e hiperatividade, acompanhado de taquicardia, dilatação das pupilas, pressão sanguínea elevada e perspiração ou calafrios. Quando usado no sentido fisiológico, o termo intoxicação é mais amplo do que Intoxicação com Substância como definido aqui. Muitas substâncias podem produzir alterações fisiológicas ou psicológicas que não são, necessariamente, mal-adaptativas. Por exemplo, um indivíduo com taquicardia por uso excessivo de cafeína tem uma intoxicação fisiológica, mas sendo esse o único sintoma na ausência de comportamento mal-adaptativo, o diagnóstico de Intoxicação com Cafeína não se aplica. A natureza mal-adaptativa da alteração comportamental induzida pela substância depende do contexto social e ambiental. O comportamento mal-adaptativo em geral coloca o indivíduo em risco significativo de efeitos adversos (por ex., acidentes, complicações médicas em geral, perturbação dos relacionamentos sociais e familiares, dificuldades ocupacionais ou financeiras, problemas legais). Os sinais e sintomas de intoxicação podem às vezes persistir por horas ou dias além do período em que a substância é detectável nos líquidos corporais. Isto pode ser devido à permanência de baixas concentrações da substância em certas áreas do cérebro ou a um efeito de "bater e correr", no qual uma substância altera um processo fisiológico cuja recuperação toma mais tempo do que o necessário para a eliminação da substância. Esses efeitos mais prolongados da intoxicação devem ser diferenciados da abstinência (isto é, sintomas iniciados por um declínio nas concentrações de uma substância no sangue e tecidos).

## Critérios para Intoxicação com Substância



- A. Desenvolvimento de uma síndrome reversível específica à substância devido à recente ingestão de uma substância (ou exposição a ela). Obs.: Diferentes substâncias podem produzir síndromes similares ou idênticas.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal-adaptativas devido ao efeito da substância sobre o sistema nervoso central (por ex., beligerância, instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, comprometimento da memória, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional), que se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância.
- C. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por um outro transtorno mental.

No DSM-III-R, os Transtornos Induzidos por Substância e os Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral eram chamados de transtornos "orgânicos" e estavam organizados em uma única seção. Esta diferenciação entre transtornos mentais "orgânicos" como uma classe distinta implicava que os transtornos mentais "não-orgânicos" ou "funcionais" deixavam de apresentar um relacionamento com processos ou fatores físicos ou biológicos. O DSM-IV elimina o termo orgânico e diferencia os transtornos mentais induzidos por substâncias daqueles que se devem a uma condição médica geral e dos que não apresentam uma etiologia específica. A expressão transtorno mental primário é usada por motivos práticos para indicar aqueles transtornos mentais que não são induzidos por substâncias e que não se devem a uma condição médica geral. O contexto no qual se desenvolve um Transtorno Relacionado a Substância pode ter importantes implicações para seu manejo. Os Transtornos Induzidos por Substâncias podem desenvolver-se no contexto de uma Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, ou podem persistir por muito tempo após a eliminação da substância do organismo (Transtornos Persistentes Induzidos por Substâncias). Os quadros clínicos induzidos por substâncias, que se desenvolvem no contexto de uma Intoxicação com Substância podem ser indicados pelo uso do especificador Com Início Durante Intoxicação. Os quadros clínicos induzidos por substância que se desenvolvem no contexto de uma Abstinência de Substância podem ser indicados pelo especificador Com Início Durante Abstinência. Cabe frisar que um diagnóstico de Transtorno Relacionado a Substância, Com Início Durante Intoxicação ou Abstinência, deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência característica daquela determinada substância e quando são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Incluímos três Transtornos Persistentes Induzidos por Substâncias: Demência Persistente Induzida por Substância e Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância, na seção "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos", e Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos, sob "Transtornos Relacionados a Alucinógenos", nesta seção (p. 225). A característica essencial de um Transtorno Persistente Induzido por Substância é a persistência prolongada ou permanente de sintomas relacionados à substância, que continuam muito tempo após o término do curso habitual da Intoxicação ou Abstinência. Para drogas de abuso, um diagnóstico de Transtorno Mental Induzido por

Substância exige a existência de evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância. Ao avaliar se os sintomas de um transtorno mental são o efeito fisiológico direto do uso de uma substância, é importante notar o relacionamento temporal entre o início e o término do uso da substância e o início e o término dos sintomas. Se estes precedem o início do uso da substância ou persistem durante períodos extensos de abstinência da substância, é provável que não sejam induzidos por ela. Como regra geral, os sintomas que persistem por mais de 4 semanas após a cessação de uma Intoxicação ou Abstinência aguda devem ser considerados como manifestações de um transtorno mental não induzido por substância ou como um Transtorno Persistente Induzido por Substância. O julgamento clínico é necessário para esta distinção, particularmente porque as diferentes substâncias têm diferentes durações características de intoxicação e abstinência e variados relacionamentos com sintomas de transtornos mentais. Uma vez que o estado de abstinência para algumas substâncias pode ser relativamente prolongado, é importante observar cuidadosamente o curso dos sintomas por um extenso período (por ex., 4 semanas ou mais) após a cessação da Intoxicação ou Abstinência aguda, fazendo todo o possível para manter a abstinência do indivíduo. Isto pode ser conseguido de vários modos, incluindo internação hospitalar ou tratamento residencial, exigência de freqüentes consultas de seguimento, recrutamento de amigos e membros da família para ajudarem a manter a pessoa sem a substância, avaliações regulares de urina ou sangue para a presença de substâncias e, se o álcool está envolvido, avaliações rotineiras dos indicadores de consumo pesado de álcool tais como gama-glutamyltransferase (GCT). Uma outra consideração, na diferenciação entre um transtorno mental primário e um Transtorno Induzido por Substância, é a presença de características atípicas do transtorno mental primário (por ex., idade de início ou curso atípicos). O início de um Episódio Maníaco após os 45 anos, por exemplo, pode sugerir uma etiologia induzida por substância. Em comparação, fatores que sugerem que os sintomas são melhor explicados por um transtorno mental primário incluem uma história de episódios anteriores da perturbação que não foram induzidos pela substância. Finalmente, deve-se levar em conta a presença ou ausência de características fisiológicas e comportamentais de Intoxicação ou Abstinência específicas à substância. Por exemplo, a presença de delírios paranóides não causa surpresa no contexto de uma Intoxicação com Fenciclidina, mas é incomum na Intoxicação com Sedativos, aumentando a probabilidade de explicar os sintomas por um Transtorno Psicótico primário. Além disso, deve-se considerar a dose da substância. Por exemplo, a presença de delírios paranóides é incomum após uma única tragada de maconha, mas pode ser compatível com altas doses de haxixe. Os Transtornos Induzidos por Substâncias também podem ocorrer como um efeito colateral de um medicamento ou por exposição a uma toxina. Os Transtornos Induzidos por Substâncias devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou condição médica geral devem ter seu início enquanto a pessoa está recebendo o medicamento (ou durante a abstinência, se o medicamento está associado com uma síndrome de abstinência). Interrompido o tratamento, os sintomas em geral apresentam remissão dentro de dias ou semanas (dependendo da meia-vida da substância, da presença de uma síndrome de abstinência e da variabilidade individual). Caso os sintomas persistam, deve-se pensar em um transtorno mental primário (não relacionado a um medicamento). Uma vez que os indivíduos com condições médicas gerais freqüentemente tomam [189]medicamentos para essas condições, o clínico deve

considerar a possibilidade de os sintomas serem causados pelas conseqüências fisiológicas da condição médica, ao invés de pelo medicamento, sendo que neste caso deve-se diagnosticar um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral. A história do paciente pode oferecer uma base para este julgamento, mas poderá ser necessário alterar o tratamento da condição médica geral (por ex., substituição ou descontinuação do medicamento), para determinar empiricamente se o medicamento é ou não o agente causador. Procedimento de Registro para Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias Incluídos em Outra Parte deste Manual O nome do diagnóstico começa com o transtorno apropriado (por ex., Transtorno Psicótico), seguido pela substância específica (por ex., cocaína, diazepam, dexametasona) presumivelmente causadora dos sintomas. O código diagnóstico é selecionado a partir da lista de classes de substâncias oferecida nos conjuntos de critérios para o Transtorno Induzido por Substância específico. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes arroladas (por ex., dexametasona), deve-se usar o código para "Outra Substância". Além disso, no caso de medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado, registrando-se o código E apropriado no Eixo I (ver Apêndice G). O nome do transtorno (por ex., Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína; Transtorno de Ansiedade Induzido por Diazepam) é seguido pela especificação do quadro sintomático predominante e pelo contexto no qual os sintomas se desenvolveram (por ex., 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Com Delírios, Com Início Durante Intoxicação; 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Diazepam, Com Início Durante Abstinência). Quando supostamente mais de uma substância exerce um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas, cada uma delas deve ser relacionada em separado. Se uma substância é considerada como sendo o fator etiológico, mas a substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, deve-se usar a classe "Substância Desconhecida".

## **Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

### **Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos**

Os transtornos incluídos nesta seção caracterizam-se por terem como aspecto definidor a presença de sintomas psicóticos. Outros transtornos que podem apresentar sintomas psicóticos (mas não como aspectos definidores) estão incluídos em outros locais deste manual (por ex., Demência do Tipo Alzheimer e Delirium Induzido por Substância na seção "Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos"; Transtorno Depressivo Maior, Com Características Psicóticas, na seção "Transtornos do Humor"). O termo psicótico tem recebido, historicamente, diversas definições diferentes, nenhuma conquistando aceitação universal. A definição mais estreita de psicótico está restrita a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de insight para sua natureza patológica. Uma definição levemente menos restritiva inclui também alucinações proeminentes que o indivíduo percebe como sendo experiências alucinatórias. Ainda mais ampla é a definição que também inclui outros sintomas positivos da Esquizofrenia (isto é,

discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Diferentemente dessas definições baseadas em sintomas, a definição usada em classificações anteriores (por ex., DSM-II e CID-9) provavelmente era demasiado abrangente e focalizada na gravidade do prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de "psicótico" se resultava em "prejuízo que interfere amplamente na capacidade de atender às exigências da vida". Finalmente, o termo foi conceitualmente definido como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste de realidade. Os diferentes transtornos nesta seção salientam diferentes aspectos das várias definições de psicótico. Na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizofreniforme e no Transtorno Psicótico Breve, o termo psicótico refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatônico. No Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e no Transtorno Psicótico Induzido por Substância, psicótico refere-se a delírios ou apenas àquelas alucinações que não são acompanhadas de insight. Finalmente, no Transtorno Delirante e no Transtorno Psicótico Compartilhado, psicótico equivale a delirante. Os seguintes transtornos estão incluídos nesta seção:

- A Esquizofrenia é uma perturbação que dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas da fase ativa (isto é, dois [ou mais] dos seguintes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos).
- O Transtorno Esquizofreniforme caracteriza-se por um quadro sintomático equivalente à Esquizofrenia, exceto por sua duração (isto é, a perturbação dura de 1 a 6 meses) e ausência da exigência de um declínio no funcionamento.
- O Transtorno Esquizoafetivo é uma perturbação na qual um episódio de humor e sintomas da fase ativa da Esquizofrenia ocorrem juntos e foram precedidos ou seguidos por pelo menos 2 semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor.
- O Transtorno Delirante caracteriza-se por pelo menos 1 mês de delírios não-bizarros sem outros sintomas da fase ativa da Esquizofrenia.
- O Transtorno Psicótico Breve é uma perturbação psicótica com duração maior que 1 dia e remissão em 1 mês.
- O Transtorno Psicótico Compartilhado é uma perturbação que se desenvolve em um indivíduo influenciado por outra pessoa com um delírio estabelecido de conteúdo similar.
- No Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- No Transtorno Psicótico Induzido por Substância, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a toxina.
- O Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação é incluído para a classificação de quadros psicóticos que não satisfazem os critérios para qualquer dos Transtornos Psicóticos específicos definidos nesta seção ou de uma sintomatologia psicótica acerca da qual existem informações inadequadas ou contraditórias.

## **Esquizofrenia**

### **Transtorno Esquizofrênico**

.....Tipo Paranóide

.....Tipo Desorganizado

.....Tipo Catatônico

.....Tipo Indiferenciado

.....Tipo Residual

- Transtorno Esquizofreniforme
- Transtorno Esquizoafetivo
- Transtorno Delirante
- Transtorno Psicótico Breve
- Transtorno Psicótico Compartilhado
- Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância

Os aspectos essenciais da Esquizofrenia são um misto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos quanto negativos) que estiveram presentes por um período de tempo significativo durante 1 mês (ou por um tempo menor, se tratados com sucesso), com alguns sinais do transtorno persistindo por pelo menos 6 meses (Critérios A e C). Esses sinais e sintomas estão associados com acentuada disfunção social ou ocupacional (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Esquizoafetivo ou Transtorno do Humor Com Características Psicóticas nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critérios D e E). Em indivíduos com um diagnóstico prévio de Transtorno Autista (ou outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento), o diagnóstico adicional de Esquizofrenia aplica-se apenas se delírios ou alucinações proeminentes estão presentes por pelo menos 1 mês (Critério F). Os sintomas característicos de Esquizofrenia envolvem uma faixa de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o pensamento inferencial, a linguagem e a comunicação, o monitoramento comportamental, o afeto, a fluência e produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção. Nenhum sintoma isolado é patognomônico de Esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social. Os sintomas característicos (Critério A) podem ser conceitualizados como enquadrando-se em duas amplas categorias — positivos e negativos. Os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais. Os sintomas positivos (Critérios A1-A4) incluem distorções ou

exageros do pensamento inferencial (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do monitoramento comportamental (comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). Esses sintomas positivos podem compreender duas dimensões distintas, que, por sua vez, podem estar relacionadas a diferentes mecanismos neurais e correlações clínicas subjacentes: a "dimensão psicótica" inclui delírios e alucinações, enquanto a "dimensão da desorganização" inclui o discurso e comportamento desorganizados. Os sintomas negativos (Critério A5) incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento do afeto), na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo (avolição). Os delírios (Critério A1) são crenças errôneas, habitualmente envolvendo a interpretação falsa de percepções ou experiências. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (por ex., persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos, ou grandiosos). Os delírios persecutórios são os mais comuns; neles a pessoa acredita estar sendo atormentada, seguida, enganada, espionada ou ridicularizada. Os delírios de referência também são comuns; neles a pessoa crê que certos gestos, comentários, passagens de livros, um delírio e uma idéia vigorosamente mantida às vezes é difícil, e depende do grau de convicção com o qual a crença é mantida, apesar de evidências nitidamente contrárias. Embora os delírios bizarros sejam considerados especialmente característicos da Esquizofrenia, pode ser difícil avaliar o grau de "bizarria", especialmente entre diferentes culturas. Os delírios são considerados bizarros se são claramente implausíveis e incompreensíveis e não derivam de experiências comuns da vida. Um exemplo de delírio bizarro é a crença de uma pessoa de que um estranho retirou seus órgãos internos e os substituiu pelos de outra, sem deixar quaisquer cicatrizes ou ferimentos. Um exemplo de delírio não-bizarro é a falsa crença de estar sob vigilância policial. Os delírios que expressam uma perda de controle sobre a mente ou o corpo (isto é, aqueles incluídos na lista de "sintomas de primeira ordem" de Schneider) geralmente são considerados bizarros; eles incluem a crença da pessoa de que seus pensamentos foram retirados por alguma força externa ("extração de pensamentos"), que pensamentos estranhos foram colocados em sua mente ("inserção de pensamentos") ou que seu corpo ou ações estão sendo manipulados por alguma força externa ("delírios de controle"). Se os delírios são considerados bizarros, este sintoma isolado já basta para satisfazer o Critério A para Esquizofrenia. As alucinações (Critério A2) podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (por ex., auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis), mas as alucinações auditivas são, de longe, as mais comuns e características da Esquizofrenia, sendo geralmente experimentadas como vozes conhecidas ou estranhas, que são percebidas como distintas dos pensamentos da própria pessoa. O conteúdo pode ser bastante variável, embora as vozes pejorativas ou ameaçadoras sejam especialmente comuns. Certos tipos de alucinações auditivas (duas ou mais vozes conversando entre si ou comentando os pensamentos ou o comportamento da pessoa) têm sido considerados particularmente característicos da Esquizofrenia e foram incluídos na lista de sintomas de primeira ordem de Schneider. Se esses tipos de alucinações estão presentes, então basta apenas este sintoma isolado para satisfazer o critério A. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensorio claro; aquelas que ocorrem enquanto o indivíduo adormece (hipnagógicas) ou desperta (hipnopômicas) são consideradas parte da faixa de experiências normais. Experiências isoladas de ouvir o próprio nome sendo chamado ou experiências que não possuem a qualidade de uma percepção externa (por ex.,

zumbidos na própria cabeça) também não são consideradas alucinações características da Esquizofrenia. As alucinações podem ser também um componente normal de uma experiência religiosa, em certos contextos culturais. A desorganização do pensamento ("transtorno do pensamento formal", "afrouxamento de associações") é defendida por alguns autores (Bleuler, em particular) como o aspecto mais importante da Esquizofrenia. Em vista da dificuldade inerente ao desenvolvimento de uma definição objetiva de "transtorno do pensamento", e uma vez que em um contexto clínico as inferências sobre o pensamento estão baseadas primariamente no discurso do indivíduo, o conceito de discurso desorganizado (Critério A3) foi salientado na definição de Esquizofrenia usada neste manual. O discurso dos indivíduos com Esquizofrenia pode ser desorganizado de variadas maneiras. A pessoa pode "sair dos trilhos", saltando de um assunto para outro ("descarrilamento" ou "associações frouxas"); as respostas podem estar obliquamente relacionadas ou não ter relação alguma com as perguntas ("tangencialidade"); raramente, o discurso pode estar desorganizado de forma tão severa, que é praticamente incompreensível e se assemelha à afasia receptiva em sua desorganização lingüística ("incoerência", "salada de palavras"). Uma vez que um discurso ligeiramente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente severo para prejudicar substancialmente a comunicação efetiva. Um pensamento ou discurso desorganizado em um nível menos severo pode ocorrer durante o pródromo e períodos residuais da Esquizofrenia (ver Critério C). Um comportamento amplamente desorganizado (Critério A4) pode manifestar-se de variadas maneiras, indo desde o comportamento tolo e pueril até a agitação imprevisível. Podem ser notados problemas em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, acarretando dificuldades no desempenho de atividades da vida diária, tais como organizar as refeições ou manter a higiene. A pessoa pode parecer mostrar-se acentuadamente desleixada, vestir-se de modo incomum (por ex., usar casacos sobrepostos, cachecóis e luvas em um dia quente), pode exibir um comportamento sexual nitidamente inadequado (por ex., masturbar-se em público) ou uma agitação imprevisível e sem um desencadeante (por ex., gritar ou praguejar). O profissional deve ter o cuidado de não aplicar este critério de um modo demasiadamente amplo. O comportamento muito desorganizado deve ser diferenciado de um comportamento meramente desprovido de objetivos e do comportamento organizado motivado por crenças delirantes. Similarmente, alguns casos de comportamento inquieto, irado ou agitado não devem ser considerados evidência de Esquizofrenia, especialmente se a motivação for compreensível. Os comportamentos motores catatônicos (Critério A4) incluem uma diminuição acentuada na reatividade ao ambiente, às vezes alcançando um grau extremo de completa falta de consciência (estupor catatônico), manutenção de uma postura rígida e resistência aos esforços de mobilização (rigidez catatônica), resistência ativa a instruções ou tentativas de mobilização (negativismo catatônico), adoção de posturas inadequadas ou bizarras (postura catatônica), ou excessiva atividade motora sem propósito e não estimulada (excitação catatônica). Embora a catatonia tenha sido historicamente associada à Esquizofrenia, o clínico não deve esquecer que os sintomas catatônicos são inespecíficos e podem ocorrer em outros transtornos mentais (ver Transtornos do Humor com Características Catatônicas), em condições médicas gerais (ver Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral) e Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos (ver Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos). Os sintomas negativos da Esquizofrenia (Critério A5) respondem por um grau substancial

da morbidade associada ao transtorno. Três sintomas negativos — afeto embotado, alogia e avolição — estão incluídos na definição da Esquizofrenia; outros sintomas negativos (por ex., anedonia) são relacionados a seguir na seção "Características e Transtornos Associados". O embotamento afetivo é especialmente comum e se caracteriza pelo fato de o rosto da pessoa mostrar-se imóvel e irresponsivo, com pouco contato visual e linguagem corporal reduzida. Embora uma pessoa com afeto embotado possa ocasionalmente sorrir e demonstrar algum calor humano, sua faixa de expressão emocional está claramente diminuída na maior parte do tempo. Pode ser útil observar a interação do indivíduo com outros, para determinar se o embotamento afetivo é suficientemente persistente para satisfazer o critério. A alogia (pobreza do discurso) é manifestada por respostas breves, lacônicas e vazias. O indivíduo com alogia parece ter uma diminuição dos pensamentos, refletida em uma redução da fluência e produtividade do discurso. A alogia deve ser diferenciada da recusa a falar, um discernimento clínico que pode exigir uma observação prolongada em uma variedade de situações. A avolição caracteriza-se por incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo. A pessoa pode ficar sentada por longos períodos de tempo e demonstrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. Embora freqüentemente presentes na Esquizofrenia, os sintomas negativos são difíceis de avaliar porque ocorrem em uma linha contínua com a normalidade, são inespecíficos e podem decorrer de uma variedade de outros fatores (por ex., em consequência de sintomas positivos, efeitos colaterais de medicamentos, Transtorno do Humor, subestimulação ambiental ou desmoralização). O isolamento social ou a pobreza do discurso podem ter uma compreensão melhor do que como sintomas negativos, se ocorrerem como consequência de um sintoma positivo (por ex., um delírio paranóide ou uma alucinação proeminente). Por exemplo, o comportamento de um indivíduo que apresenta a crença delirante de estar em perigo se deixar seu quarto ou falar com qualquer pessoa pode imitar a alogia ou avolição. Os medicamentos neurolépticos freqüentemente produzem efeitos colaterais extrapiramidais que se assemelham muito ao embotamento afetivo ou à avolição. A distinção entre os verdadeiros sintomas negativos e os efeitos colaterais de medicamentos depende de um discernimento clínico envolvendo a gravidade dos sintomas negativos, a natureza e tipo de medicamento neuroléptico, os efeitos de um ajuste da dosagem e os efeitos de medicamentos anticolinérgicos. A difícil distinção entre sintomas negativos e sintomas depressivos pode ser assessorada pela presença de outros sintomas concomitantes e pelo fato de que os indivíduos com sintomas depressivos tipicamente experimentam um efeito doloroso intenso, enquanto aqueles com Esquizofrenia têm uma diminuição ou ausência total de afeto. Finalmente, a subestimulação ambiental crônica ou a desmoralização podem resultar no aprendizado da apatia e avolição. Ao estabelecer a presença de sintomas negativos, talvez o melhor teste seja sua persistência por um período considerável de tempo, apesar dos esforços dirigidos para a resolução de cada uma das causas potenciais antes descritas. Foi sugerido que os sintomas negativos persistentes sejam chamados de sintomas "deficitários". O Critério A para Esquizofrenia exige que pelo menos dois dos cinco itens estejam presentes concomitantemente por grande parte de pelo menos 1 mês. Entretanto, se os delírios são bizarros ou se as alucinações envolvem "vozes comentando" ou "vozes conversando", então basta a presença de apenas um item. A presença desta constelação relativamente severa de sinais e sintomas é chamada de "fase ativa". Nas situações em que os sintomas da fase ativa apresentam remissão dentro de 1 mês em resposta ao



tratamento, o Critério A ainda pode ser considerado como satisfeito, caso o clínico considere que os sintomas teriam persistido por 1 mês na ausência de um tratamento efetivo. Em crianças, a determinação dos sintomas característicos precisa considerar devidamente a presença de outros transtornos ou dificuldades do desenvolvimento. Por exemplo, o discurso desorganizado em uma criança com um Transtorno da Comunicação não deve contar para um diagnóstico de Esquizofrenia, a menos que o grau de desorganização seja significativamente maior do que o esperado com base apenas no Transtorno da Comunicação. A Esquizofrenia envolve disfunção em uma ou mais áreas importantes do funcionamento (por ex., relações interpessoais, trabalho, educação ou higiene) (Critério B). Tipicamente, o funcionamento está claramente abaixo daquele que havia sido atingido antes do aparecimento dos sintomas. Se a perturbação começa na infância ou adolescência, entretanto, pode haver um fracasso em conquistar o que seria esperado do indivíduo, ao invés de uma deterioração no funcionamento. A comparação entre o indivíduo e seus irmãos não-afetados pode ser útil para esta determinação. O progresso educacional frequentemente está perturbado, podendo o indivíduo ser incapaz de terminar a escolarização. Muitos indivíduos são incapazes de manter um trabalho por períodos prolongados de tempo e estão empregados em um nível inferior ao de seus pais ("mudança descendente"). A maioria (60-70%) dos indivíduos com Esquizofrenia não se casa, e a maior parte mantém contatos sociais relativamente limitados. A disfunção persiste por um período substancial durante o curso do transtorno e não parece ser o resultado direto de qualquer aspecto isolado. Por exemplo, se uma mulher pede demissão de seu emprego em razão de um delírio bem delimitado de que seu chefe está tentando matá-la, isto, apenas, não é evidência suficiente para este critério, a menos que haja um padrão mais abrangente de dificuldades (geralmente em múltiplos domínios do funcionamento). Alguns sinais da perturbação devem persistir por um período contínuo de pelo menos 6 meses (Critério C). Durante este período, deve haver pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos de 1 mês, se os sintomas são tratados com sucesso) que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia (fase ativa). Sintomas prodrômicos frequentemente estão presentes antes da fase ativa, e os sintomas residuais podem segui-la. Alguns sintomas prodrômicos e residuais são formas relativamente leves ou subliminares dos sintomas positivos especificados no Critério A. Os indivíduos podem expressar uma variedade de crenças incomuns ou estranhas que não possuem proporções delirantes (por ex., idéias de referência ou pensamento mágico); eles podem ter experiências perceptuais incomuns (por ex., sentir a presença de uma pessoa ou força invisível na ausência de alucinações constituídas); seu discurso pode ser geralmente compreensível, porém digressivo, vago ou demasiadamente abstrato ou concreto; seu comportamento pode ser peculiar, mas não amplamente desorganizado (por ex., resmungar para si mesmo, colecionar objetos estranhos e visivelmente sem valor). Além desses sintomas positivos, os sintomas negativos são particularmente comuns nas fases prodrômica e residual e podem em geral ser bastante severos. Os indivíduos que eram socialmente ativos podem tornar-se retraídos, perder o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, tornar-se menos falantes e curiosos, e passar a maior parte de seu tempo na cama. Esses sintomas negativos com frequência são o primeiro sinal, para a família, de que algo está errado; os membros da família podem, por fim, relatar a sensação de que o indivíduo estava "indo embora aos pouquinhos". Subtipos e Especificadores de Curso O diagnóstico de um determinado subtipo está baseado no quadro clínico que ocasionou a avaliação ou admissão mais recente para cuidados

clínicos, podendo, portanto, mudar com o tempo. Textos e critérios específicos são oferecidos para cada um dos seguintes subtipos:

- F20.0x - 295.30 Tipo Paranóide
- F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado
- F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico
- F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado
- F20.5x - 295.60 Tipo Residual

Os seguintes especificadores podem ser usados para indicar o curso característico dos sintomas da Esquizofrenia ao longo do tempo. Esses especificadores podem ser aplicados apenas depois de decorrido pelo menos 1 ano desde o aparecimento inicial dos sintomas da fase ativa. Durante este período inicial de 1 ano, não podem ser dados especificadores de curso.

**Episódico Com Sintomas Residuais Entre Episódios.** Este especificador aplica-se quando o curso é caracterizado por episódios nos quais o Critério A para Esquizofrenia é satisfeito e existem sintomas residuais clinicamente significativos entre os episódios. Com Sintomas Negativos Proeminentes pode ser acrescido se sintomas negativos proeminentes estão presentes durante estes períodos residuais.

**Episódio Sem Sintomas Residuais Entre Episódios.** Este especificador aplica-se quando o curso é caracterizado por episódios nos quais o Critério A para Esquizofrenia é atendido e não existem sintomas residuais clinicamente significativos entre os episódios.

**Contínuo.** Este especificador aplica-se quando os sintomas característicos do Critério A estão presentes durante todo o curso (ou em sua maior parte). Com Sintomas Negativos Proeminentes pode ser acrescido se sintomas negativos proeminentes também estão presentes.

**Episódio Único em Remissão Parcial.** Este especificador aplica-se quando houve um único episódio no qual o Critério A para Esquizofrenia foi satisfeito e alguns sintomas residuais clinicamente significativos permanecem. Com Sintomas Negativos Proeminentes pode ser acrescido se esses sintomas residuais incluem sintomas negativos proeminentes.

**Episódio Único em Remissão Completa.** Este especificador aplica-se quando houve um episódio único no qual o Critério A para Esquizofrenia foi satisfeito e não resta qualquer sintoma residual clinicamente significativo.

**Outro Padrão ou Padrão Inespecífico.** Este especificador é usado se um outro padrão ou padrão inespecífico de curso está presente.

Procedimentos de Registro O código diagnóstico para Esquizofrenia é selecionado com base no subtipo apropriado:

- F20.0x - 295.30 para Tipo Paranóide
- F20.1x - 295.10 para Tipo Desorganizado
- F20.2x - 295.20 para Tipo Catatônico
- F20.3x - 295.90 para Tipo Indiferenciado
- F20.5x - 295.60 para Tipo Residual

Não existem códigos no quinto dígito para os especificadores de curso. No registro do nome do transtorno, os especificadores de curso são anotados após o subtipo apropriado (por ex., 295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Episódico, Com Sintomas Residuais Entre Episódios, Com Sintomas Negativos Proeminentes).

### Características e Transtornos Associados

Aspectos descritivos e transtornos mentais associados. O indivíduo com Esquizofrenia pode apresentar um afeto inadequado (por ex., sorriso, riso ou expressão facial tola na ausência de um estímulo adequado), que é um dos aspectos definidores do Tipo Desorganizado. A anedonia é comum e se manifesta por uma perda de interesse ou prazer. O humor disfórico pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva. Pode haver perturbações no padrão de sono (por ex., dormir durante o dia e permanecer ativo ou inquieto à noite). O indivíduo pode demonstrar falta de interesse por alimentar-se ou recusar alimentos como consequência de crenças delirantes. Com frequência, existem anormalidades da atividade psicomotora (por ex., andar a esmo, balançar-se ou imobilidade apática). Dificuldades de concentração frequentemente são evidentes e podem refletir problemas para focalizar a atenção ou distractibilidade devido à preocupação com estímulos internos. Embora as funções intelectuais básicas sejam classicamente consideradas intactas na Esquizofrenia, alguns indicadores de disfunção cognitiva frequentemente estão presentes. O indivíduo pode estar confuso e desorientado ou ter prejuízo de memória durante um período de exacerbação dos sintomas ativos, ou na presença de sintomas negativos muito severos. A falta de insight é comum e pode ser um dos melhores indicadores de mau prognóstico, talvez por predispor o indivíduo à falta de aderência ao tratamento. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e ocasionalmente alcançam proporções delirantes. Anormalidades motoras (por ex., trejeitos faciais, posturas, maneirismos estranhos, comportamento ritualístico ou estereotipado) às vezes estão presentes. A expectativa de vida para indivíduos com Esquizofrenia é menor que para a população em geral, por uma variedade de razões. O suicídio é um importante fator, uma vez que aproximadamente 10% dos indivíduos com Esquizofrenia o cometem. Os fatores de risco de suicídio incluem ser do sexo masculino, ter menos de 30 anos, ter sintomas depressivos, estar desempregado e alta hospitalar recente. Existem evidências conflitantes quanto a se a frequência de atos de violência é maior do que na população

em geral. A comorbidade com Transtornos Relacionados a Substâncias (incluindo Dependência de Nicotina) é comum. Um Transtorno Esquizotípico ou Transtorno da Personalidade Paranóide podem ocasionalmente preceder o início da Esquizofrenia. Não está claro se esses Transtornos da Personalidade são simplesmente prodromos à Esquizofrenia ou se constituem um transtorno anterior distinto.

#### Achados laboratoriais associados

Não foram identificados achados laboratoriais diagnósticos de Esquizofrenia. Entretanto, uma variedade de achados laboratoriais anormais foi encontrada em grupos de indivíduos com Esquizofrenia, em comparação com os sujeitos-controle. Anormalidades estruturais do cérebro têm sido demonstradas consistentemente em indivíduos com Esquizofrenia como um grupo; as anormalidades estruturais mais comuns incluem aumento do sistema ventricular e sulcos proeminentes no córtex. Diversas outras anormalidades também foram notadas com o uso de técnicas de imagens estruturais (por ex., tamanho temporal e hipocampal diminuído, aumento no tamanho dos gânglios basais, diminuição do tamanho do cérebro). Técnicas de imagens funcionais indicam que alguns indivíduos podem ter fluxo sanguíneo cerebral ou utilização de glicose anormais em regiões cerebrais específicas (por ex., córtex pré-frontal). Avaliações neuropsicológicas podem mostrar uma ampla faixa de disfunções (por ex., dificuldade para mudar o conjunto de respostas, focalizar a atenção, formular conceitos abstratos). Achados neurofisiológicos incluem uma lentificação nos tempos de reação, anormalidades no acompanhamento visual ou prejuízos nas comportas sensoriais. Achados laboratoriais anormais podem também ser notados como uma complicação da Esquizofrenia ou de seu tratamento. Alguns indivíduos com Esquizofrenia bebem quantidades excessivas de líquidos ("intoxicação hídrica") e desenvolvem anormalidades na densidade específica da urina ou desequilíbrios eletrolíticos. Uma elevação da creatinina fosfoquinase (CPK) pode resultar da Síndrome Neuroléptica Maligna. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Os indivíduos com Esquizofrenia às vezes são fisicamente desajeitados e podem exibir "sinais neurológicos leves", tais como confusão entre esquerda/direita, fraca coordenação ou espelhamento. Algumas anormalidades físicas menores (por ex., palato altamente arqueado, olhos muito juntos ou demasiadamente separados ou malformações sutis das orelhas) podem ser mais comuns em indivíduos com Esquizofrenia. O achado físico associado mais comum talvez seja o de anormalidades motoras. A maioria destas tende a estar relacionada a efeitos colaterais do tratamento com medicamentos antipsicóticos. As anormalidades motoras secundárias ao tratamento com neurolépticos incluem Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos, Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos, Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos, Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos e Síndrome Neuroléptica Maligna ). Anormalidades motoras espontâneas semelhantes àquelas induzidas por neurolépticos (por ex., fungar, estalar a língua, grunhidos) foram descritas na era pré-neurolépticos e ainda são observadas, embora seja difícil distingui-las dos efeitos dos neurolépticos. Outros achados físicos podem estar relacionados aos transtornos freqüentemente associados. Uma vez que a Dependência de Nicotina é muito comum

na Esquizofrenia, por exemplo, esses indivíduos estão mais propensos a desenvolver uma patologia relacionada ao cigarro (por ex., enfisema e outros problemas pulmonares e cardíacos).

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Os médicos que avaliam os sintomas de Esquizofrenia em situações sócio-econômicas ou culturais diferentes das suas próprias devem levar em conta as diferenças culturais. Idéias que parecem delirantes em uma cultura (por ex., magia e bruxaria) podem ser comumente aceitas em outra. Em algumas culturas, as alucinações visuais ou auditivas de conteúdo religioso podem ser um componente normal da experiência religiosa (por ex., ver a Virgem Maria ou ouvir a voz de Deus). Além disso, a avaliação do discurso desorganizado pode ser dificultada pela variação lingüística dos estilos narrativos entre as culturas, que afeta a forma lógica da apresentação verbal. A avaliação do afeto requer sensibilidade para as diferenças nos estilos de expressão emocional, contato visual e linguagem corporal, que variam entre as culturas. Se a avaliação é realizada em uma língua diferente da língua materna do indivíduo, deve haver o cuidado de garantir que a avaliação não está relacionada a barreiras lingüísticas. Uma vez que podemos esperar variações no significado cultural de atividades espontâneas dirigidas a um objetivo, de acordo com diferentes contextos, as perturbações na volição também devem ser avaliadas com cuidado. Existem algumas evidências de uma possível tendência dos clínicos a superdiagnosticar Esquizofrenia (ao invés de Transtorno Bipolar) em alguns grupos étnicos. Diferenças culturais foram notadas na apresentação, curso e resultado da Esquizofrenia. O comportamento catatônico é relativamente incomum, conforme relatos, entre indivíduos com Esquizofrenia nos Estados Unidos, mas é mais comum em países não-ocidentais. Os indivíduos com Esquizofrenia nas nações em desenvolvimento tendem a um curso mais agudo e a um melhor resultado do que os indivíduos de nações industrializadas. O início da Esquizofrenia tipicamente ocorre entre o final da adolescência e meados da década dos 30, sendo raro o início antes da adolescência (embora haja relatos de casos com início aos 5 ou 6 anos). Os aspectos essenciais da condição são os mesmos em crianças, mas pode ser particularmente difícil fazer o diagnóstico neste grupo etário. Em crianças, os delírios e alucinações podem ser menos elaborados do que aqueles observados em adultos, e as alucinações visuais podem ser mais comuns. Um discurso desorganizado é observado em diversos transtornos com início na infância (por ex., Transtornos da Comunicação, Transtornos Invasivos do Desenvolvimento), assim como o comportamento desorganizado (por ex., Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Movimento Estereotipado). Esses sintomas não devem ser atribuídos à Esquizofrenia sem a devida consideração desses transtornos mais comuns da infância. A Esquizofrenia também pode começar mais tarde (por ex., após os 45 anos). Os casos de aparecimento tardio tendem a ser similares à Esquizofrenia de início mais precoce, exceto por uma proporção maior de mulheres, uma melhor história ocupacional e maior frequência de casamentos. A apresentação clínica tende mais a incluir delírios e alucinações paranóides, sendo menos propensa a incluir sintomas desorganizados e negativos. O curso geralmente é crônico, embora os indivíduos freqüentemente respondam bastante bem aos medicamentos antipsicóticos em doses menores. Entre aqueles com idade mais avançada no início do transtorno (isto

é, com mais de 60 anos), déficits sensoriais (por ex., perda auditiva) aparentemente ocorrem com maior frequência do que na população adulta em geral. Seu papel específico na patogênese permanece desconhecido. Existem diferenças de gênero na apresentação e curso da Esquizofrenia. As mulheres estão mais propensas a ter um aparecimento tardio da condição, mais sintomas proeminentes de humor e um melhor prognóstico. Embora há muito se afirme que homens e mulheres são afetados em proporções basicamente iguais, estas estimativas relativas à distribuição entre os sexos são confundidas por questões de determinação e definição. Estudos baseados em hospitais sugerem uma incidência superior de Esquizofrenia em homens, ao passo que estudos baseados na comunidade têm sugerido, em sua maior parte, uma distribuição igual entre os sexos. Definições mais amplas de Esquizofrenia com relação à fronteira com os Transtornos do Humor cederão uma taxa de mulheres-para-homens maior do que o conceito relativamente restrito de Esquizofrenia usado neste manual.

## Prevalência

A prevalência relatada da Esquizofrenia é variável, uma vez que diferentes estudos têm usado diferentes métodos de determinação (por ex., área rural versus urbana, comunidade versus clínicas ou hospitais) e diferentes definições de Esquizofrenia (estreitas versus amplas, baseadas em critérios versus clínicas). As estimativas da prevalência têm variado de 0,2 a 2,0% entre muitos estudos importantes. As taxas de prevalência são similares em todo o mundo, mas bolsões de alta prevalência são relatados em algumas áreas específicas. Levando-se em conta todas essas fontes de informações, a prevalência da Esquizofrenia durante a vida geralmente é estimada entre 0,5 e 1%. Uma vez que a Esquizofrenia tende a ser crônica, as taxas de incidência são consideravelmente mais baixas do que as taxas de prevalência, sendo estimadas em aproximadamente 1 por 10.000 por ano.

## Curso

A idade média de início do primeiro episódio psicótico de Esquizofrenia situa-se na primeira metade da casa dos 20 anos para homens e final da casa dos 20 para as mulheres. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos apresenta algum tipo de fase prodrômica, manifestada pelo desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas (por ex., retraimento social, perda do interesse pela escola ou trabalho, deterioração da higiene e cuidados pessoais, comportamento incomum e ataques de raiva). Os membros da família podem encontrar dificuldades para interpretar este comportamento, presumindo que a pessoa está "passando por uma fase". Por fim, entretanto, o aparecimento de alguns sintomas da fase ativa marca a perturbação como Esquizofrenia. A idade de início pode ter importância tanto fisiopatológica quanto prognóstica. Os indivíduos com início precoce são, mais frequentemente, do sexo masculino, e têm um ajustamento pré-mórbido mais fraco, aquisição educacional inferior, mais evidências de anormalidades estruturais do cérebro, sinais e sintomas negativos mais proeminentes, mais evidências de prejuízo cognitivo, avaliado com testes neuropsicológicos, e um pior resultado. Inversamente, os

indivíduos com um início mais tardio frequentemente são do sexo feminino, têm menos evidências de anormalidades estruturais do cérebro ou prejuízo cognitivo e apresentam um melhor resultado. A maioria dos estudos sobre curso e resultado da Esquizofrenia sugere que o curso pode ser variável, com alguns indivíduos exibindo exacerbações e remissões, enquanto outros permanecem cronicamente enfermos. A variabilidade na definição e na determinação impossibilita uma previsão acurada do resultado da Esquizofrenia a longo prazo. A remissão completa (isto é, um retorno ao pleno funcionamento pré-mórbido) provavelmente não é comum neste transtorno. Daqueles que continuam enfermos, alguns parecem ter um curso razoavelmente estável, enquanto outros apresentam uma piora progressiva associada com severa incapacitação. Logo no início da doença, os sintomas negativos podem ser proeminentes, aparecendo primariamente como aspectos prodrômicos. Subseqüentemente, aparecem os sintomas positivos. Uma vez que esses sintomas positivos são particularmente suscetíveis ao tratamento, eles tipicamente diminuem, mas em muitos indivíduos os sintomas negativos persistem entre os episódios de sintomas positivos. Existem alguns indícios de que os sintomas negativos podem tornar-se progressivamente mais proeminentes em alguns indivíduos durante o curso da doença. Numerosos estudos indicam um grupo de fatores associados com melhor prognóstico. Estes incluem bom ajustamento pré-mórbido, início agudo, idade mais tardia de aparecimento, eventos precipitadores, perturbação do humor associada, breve duração dos sintomas da fase ativa, bom funcionamento entre os episódios, mínimos sintomas residuais, ausência de anormalidades na estrutura cerebral, funcionamento neurológico normal, uma história familiar de Transtorno do Humor e ausência de história familiar de Esquizofrenia.

### Padrão Familiar

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Esquizofrenia estão em risco dez vezes maior para a Esquizofrenia do que a população geral. As taxas de concordância para Esquizofrenia são maiores em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos. Estudos de adoções têm mostrado que os parentes biológicos de indivíduos com Esquizofrenia têm um risco substancialmente aumentado para Esquizofrenia, enquanto os parentes adotivos não apresentam um aumento no risco. Embora muitas evidências sugiram a importância de fatores genéticos na etiologia da Esquizofrenia, a existência de uma taxa substancial de discordância em gêmeos monozigóticos também indica a importância de fatores ambientais.

### Diagnóstico Diferencial

Uma ampla variedade de condições médicas gerais pode apresentar-se com sintomas psicóticos. Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, delírium ou demência são diagnosticados quando existem evidências, a partir da história, de exame físico ou testes laboratoriais, indicando que os delírios ou alucinações são a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (por ex., síndrome de Cushing, tumor cerebral). Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Delírium Induzido por Substância e Demência Persistente Induzida por

Substâncias são diferenciadas da Esquizofrenia pelo fato de que uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada com os delírios ou alucinações. Muitos tipos diferentes de Transtornos Relacionados a Substâncias podem produzir sintomas similares àqueles da Esquizofrenia (por ex., o uso prolongado de cocaína ou anfetamina pode produzir delírios ou alucinações; o uso de fenciclidina pode produzir um misto de sintomas positivos e negativos). Com base em uma variedade de aspectos que caracterizam o curso da Esquizofrenia e dos Transtornos Relacionados a Substâncias, o clínico deve determinar se os sintomas psicóticos foram iniciados e mantidos pelo uso da substância. Em uma situação ideal, o profissional deveria tentar observar o indivíduo durante um período prolongado (por ex., 4 semanas) de abstinência. Entretanto, devido à frequente dificuldade de obter esses períodos prolongados de abstinência, o clínico pode precisar levar em conta outras evidências, tais como se os sintomas psicóticos parecem ser exacerbados pela substância e diminuir quando esta é descontinuada, a gravidade relativa dos sintomas psicóticos frente à quantidade e duração do uso da substância e o conhecimento dos sintomas característicos produzidos por determinada substância (por ex., a anfetamina tipicamente produz delírios e estereotipias, mas não embotamento afetivo ou sintomas negativos proeminentes). A distinção entre Esquizofrenia e Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos e Transtorno Esquizoafetivo é dificultada pelo fato de que uma perturbação do humor é comum durante as fases prodrômica, ativa e residual da Esquizofrenia. Se os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante períodos de perturbação do humor, o diagnóstico é de Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos. No Transtorno Esquizoafetivo, deve haver um episódio de humor concomitante com os sintomas da fase ativa da Esquizofrenia, os sintomas de humor devem estar presentes durante uma parcela substancial da duração total da perturbação e os delírios ou alucinações devem estar presentes por pelo menos 2 semanas na ausência de sintomas proeminentes de humor. Em comparação, os sintomas de humor na Esquizofrenia têm uma duração breve em relação à duração total da perturbação, ocorrem apenas durante as fases prodrômica ou residual, ou não satisfazem os critérios plenos para um episódio de humor. Quando os sintomas de humor que satisfazem plenamente os critérios para um episódio de humor são superpostos à Esquizofrenia e têm uma importância clínica particular, um diagnóstico adicional de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação ou Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação pode ser dado. A Esquizofrenia, Tipo Catatônico, pode ser difícil de distinguir de um Transtorno do Humor com Características Catatônicas. Por definição, a Esquizofrenia difere do Transtorno Esquizofreniforme com base em sua duração. A Esquizofrenia envolve a presença de sintomas (incluindo prodrômicos e residuais) por pelo menos 6 meses, enquanto a duração total dos sintomas no Transtorno Esquizofreniforme deve ser de pelo menos 1 mês, porém inferior a 6 meses. O Transtorno Esquizofreniforme, além disso, não exige um declínio no funcionamento. O Transtorno Psicótico Breve é definido pela presença de delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, com duração de pelo menos 1 dia, mas inferior a 1 mês. O diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia e Transtorno Delirante repousa na natureza dos delírios (não-bizarros, no Transtorno Delirante) e na ausência de outros sintomas característicos de Esquizofrenia (por ex., alucinações, discurso ou comportamento desorganizado, ou sintomas negativos proeminentes). O Transtorno Delirante é particularmente difícil de diferenciar do Tipo Paranóide de



Esquizofrenia, porque este subtipo não inclui discurso desorganizado proeminente, comportamento desorganizado ou afeto embotado ou inadequado e frequentemente está associado com menor declínio no funcionamento do que aquele característico de outros subtipos de Esquizofrenia. Quando um fraco funcionamento psicossocial está presente no Transtorno Delirante, ele decorre diretamente das próprias crenças delirantes. Um diagnóstico de Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação pode ser feito quando não há informações suficientes disponíveis para decidir entre Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (por ex., Transtorno Esquizoafetivo) ou para determinar se os sintomas apresentados são induzidos por substância ou são o resultado de uma condição médica geral. Esta incerteza é particularmente provável no início do curso do transtorno. Embora a Esquizofrenia e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (por ex., Transtorno Autista) compartilhem perturbações da linguagem, afeto e interação social, eles podem ser diferenciados de diversas maneiras. Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são reconhecidos caracteristicamente durante a infância (em geral antes dos 3 anos de idade), ao passo que um início tão precoce é raro na Esquizofrenia. Além disso, nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, delírios ou alucinações proeminentes estão ausentes, não há anormalidades pronunciadas no afeto; também há ausência de discurso ou uma fala mínima, caracterizada por estereotípias e anormalidades na prosódia. A Esquizofrenia pode, ocasionalmente, desenvolver-se em indivíduos com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento; um diagnóstico de Esquizofrenia é indicado em indivíduos com um diagnóstico preexistente de Transtorno Autista ou outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento apenas se alucinações ou delírios proeminentes estiveram presentes por pelo menos 1 mês. A Esquizofrenia com Início na Infância deve ser diferenciada de apresentações na infância combinando discurso desorganizado (por Transtorno da Comunicação) e comportamento desorganizado (por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade). A Esquizofrenia compartilha características (por ex., ideação paranóide, pensamento mágico, esquiva social e discurso vago e digressivo) e pode ser precedida por Transtorno da Personalidade Esquizotípica, Esquizóide ou Paranóide. Um diagnóstico adicional de Esquizofrenia aplica-se quando os sintomas são suficientemente severos para satisfazerem o Critério A de Esquizofrenia. O Transtorno da Personalidade preexistente pode ser anotado no Eixo II, seguido por "Pré-mórbido" entre parênteses [por ex., Transtorno da Personalidade Esquizotípica (Pré-mórbido)].

## Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia

A. Sintomas característicos: Dois (ou mais) dos seguintes, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

(1) delírios

(2) alucinações

(3) discurso desorganizado (por ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)

(4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico

(5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Nota: Apenas um sintoma do Critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B. Disfunção social/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor: O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: Se existe uma história de Transtorno Autista ou um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Classificação do curso longitudinal (pode ser aplicada apenas 1 mês após o aparecimento inicial dos sintomas da fase ativa):

Episódico Com Sintomas Residuais Entre Episódios (episódios são definidos pelo ressurgimento de sintomas psicóticos proeminentes); especificar também se:

Com Sintomas Negativos Proeminentes Episódico Sem Sintomas Residuais Entre Episódios Contínuo (sintomas psicóticos proeminentes estão presentes durante todo o período de observação); especificar também se: Com Sintomas Negativos Proeminentes Episódio Único em Remissão Parcial; especificar também se: Com Sintomas Negativos Proeminentes Episódio Único em Remissão Completa Outro Padrão ou Padrão Inespecífico

## **Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos**

Estão incluídos nesta parte os seguintes Transtornos Psicóticos - em azul:

- Transtorno Esquizofrênico
- Transtorno Esquizofreniforme
- Transtorno Esquizoafetivo
- Transtorno Delirante
- Transtorno Psicótico Breve
- Transtorno Psicótico Compartilhado
- Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância
- Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação

### **F20.8 - 295.40 Transtorno Esquizofreniforme**

#### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno Esquizofreniforme são idênticas às da Esquizofrenia (Critério A), exceto por duas diferenças: a duração total da doença (incluindo fases prodrômica, ativa e residual) é de pelo menos 1 mês, mas inferior a 6 meses (Critério B), e não é exigido um prejuízo no funcionamento social ou ocupacional durante alguma parte da doença (embora possa ocorrer). A exigência de duração para o Transtorno Esquizofreniforme é intermediária entre a do Transtorno Psicótico Breve (no qual os sintomas duram no mínimo 1 dia, mas menos de 1 mês) e a da Esquizofrenia (na qual os sintomas persistem por pelo menos 6 meses). O diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme é feito sob duas condições: na primeira, o diagnóstico é aplicado, sem qualificação, para um episódio da doença com duração entre um e 6 meses, do qual o indivíduo já se recuperou; no segundo caso, o diagnóstico é aplicado quando uma pessoa que, embora sintomática, apresentou os sintomas por um período inferior aos 6 meses exigidos para o diagnóstico de Esquizofrenia. Neste caso, o diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme deve ser qualificado como "Provisório", uma vez que não existe certeza de que o indivíduo

realmente se recuperará da perturbação dentro do período de 6 meses. Se a perturbação persiste além de 6 meses, o diagnóstico deve ser mudado para Esquizofrenia.

## Especificadores

Os seguintes especificadores para o Transtorno Esquizofreniforme podem ser usados para indicar presença ou ausência de aspectos possivelmente associados com um melhor prognóstico:

**Com Bons Aspectos Prognósticos.** Este especificador é usado se pelo menos dois dos seguintes aspectos estão presentes: aparecimento de sintomas psicóticos proeminentes em quatro semanas após a primeira alteração perceptível no comportamento ou funcionamento habitual, confusão ou perplexidade no pico do episódio psicótico, bom funcionamento social e ocupacional pré-mórbido e ausência de afeto plano ou embotado. **Sem Bons Aspectos Prognósticos.** Este especificador é usado se dois ou mais dos aspectos acima não estão presentes.

## Características e Transtornos Associados

Diferentemente da Esquizofrenia, não se exige prejuízo no funcionamento social ou ocupacional para fazer um diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme. Entretanto, a maioria dos indivíduos experimenta disfunção em várias áreas do funcionamento diário (por ex., trabalho ou escola, relacionamentos interpessoais e cuidados pessoais).

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Para uma discussão adicional sobre os fatores da cultura, idade e gênero relevantes para o diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme, ver a seção "Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero" para Esquizofrenia. Existem sugestões de que, nos países em desenvolvimento, a recuperação de Transtornos Psicóticos pode ser mais rápida, o que resultaria em taxas maiores de Transtorno Esquizofreniforme do que de Esquizofrenia.

## Prevalência

Estudos comunitários relataram uma prevalência do Transtorno Esquizofreniforme durante a vida em torno de 0,2%, com uma prevalência anual de 0,1%.

## Curso

Existem poucas informações disponíveis sobre o curso do Transtorno Esquizofreniforme. Aproximadamente um terço dos indivíduos com um diagnóstico inicial de Transtorno Esquizofreniforme (Provisório) recupera-se dentro do período de 6 meses e recebe o diagnóstico final de Transtorno Esquizofreniforme. Os dois terços restantes progridem para um diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo.

## Diagnóstico Diferencial

Uma vez que os critérios de diagnóstico para Esquizofrenia e Transtorno Esquizofreniforme diferem primariamente em termos de duração da doença, a discussão sobre o diagnóstico diferencial de Esquizofrenia também se aplica ao Transtorno Esquizofreniforme. O Transtorno Esquizofreniforme difere do Transtorno Psicótico Breve, que tem uma duração menor do que 1 mês.

## Crítérios Diagnósticos para F20.8 - 295.40 Transtorno Esquizofreniforme

A. Satisfaz os critérios A, D e E para Esquizofrenia.

B. Um episódio do transtorno (incluindo as fases prodrômica, ativa e residual) dura no mínimo 1 mês, mas menos de 6 meses (quando o diagnóstico deve ser feito sem aguardar a recuperação, este deve ser qualificado como "Provisório").

Especificar se:

Sem Bons Aspectos Prognósticos

Com Bons Aspectos Prognósticos: evidenciados por dois ou mais dos seguintes critérios:

(1) início dos sintomas psicóticos proeminentes dentro de quatro semanas após a primeira alteração perceptível no comportamento ou funcionamento habitual

(2) confusão ou perplexidade no auge do episódio psicótico

(3) bom funcionamento social e ocupacional pré-mórbido

(4) ausência de afeto plano ou embotado

## **F25.x - 295.70 - Transtorno Esquizoafetivo**

### Características e Aspectos Associados

A característica essencial do Transtorno Esquizoafetivo é um período ininterrupto de doença durante o qual, em algum momento, existe um Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto, concomitante com sintomas que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia (Critério A). Além disso, durante o mesmo período de doença, ocorreram delírios ou alucinações por pelo menos duas semanas na ausência de sintomas proeminentes de humor (Critério B). Finalmente, os sintomas de humor estão presentes por uma porção substancial da duração total da doença (Critério C). Os sintomas não devem decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., cocaína) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo ou epilepsia do lobo temporal) (Critério D). A fim de satisfazerem os critérios para Transtorno Esquizoafetivo, as características essenciais devem ocorrer dentro de um único período ininterrupto de doença. A expressão "período de doença", tal como utilizada aqui, refere-se a um período de tempo durante o qual o indivíduo continua apresentando sintomas ativos ou residuais de doença psicótica. Para alguns indivíduos, este período de doença pode durar anos ou mesmo décadas. Um período de doença é considerado findo quando o indivíduo se recuperou completamente por um intervalo significativo de tempo e não mais apresenta quaisquer sintomas significativos do transtorno. A fase da doença com sintomas psicóticos ou de humor concomitantes caracteriza-se por satisfazer todos os critérios, tanto para a fase ativa da Esquizofrenia (a saber, Critério A) quanto para Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto. A duração do Episódio Depressivo Maior deve ser de no mínimo 2 semanas; a duração do episódio maníaco ou misto deve ser de pelo menos 1 semana. Como os sintomas psicóticos devem ter uma duração total de pelo menos 1 mês para satisfazerem o Critério A para Esquizofrenia, a duração mínima de um Episódio Esquizoafetivo também é de 1 mês. Uma característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é a presença de humor deprimido ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos. Como a perda de interesse ou prazer também é comum nos Transtornos Psicóticos não-afetivos, a fim de satisfazer o Critério A para Transtorno Esquizoafetivo, o Episódio Depressivo Maior deve incluir humor deprimido global (isto é, não basta a presença de interesse ou prazer acentuadamente diminuídos). A fase da doença apenas com sintomas psicóticos é caracterizada por delírios ou alucinações que duram pelo menos 2 semanas. Embora alguns sintomas de humor possam estar presentes durante esta fase, eles não predominam. Esta determinação pode ser difícil e exigir uma observação longitudinal, além de múltiplas fontes de informações. Os sintomas do Transtorno Esquizoafetivo podem ocorrer em uma variedade de padrões temporais. O seguinte é um padrão típico: um indivíduo pode ter alucinações auditivas e delírios persecutórios pronunciados por 2 meses antes do aparecimento de um Episódio Depressivo Maior proeminente. Os sintomas psicóticos e o Episódio Depressivo Maior plenos estão presentes, então, por 3 meses. Depois, a pessoa recupera-se completamente do Episódio Depressivo Maior, mas os sintomas psicóticos persistem por mais 1 mês antes de também desaparecerem. Durante este período de doença, os sintomas do indivíduo

satisfazem concomitantemente os critérios para Episódio Depressivo Maior e o Critério A para Esquizofrenia e, durante este mesmo período de doença, as alucinações auditivas e os delírios estiveram presentes tanto antes quanto após a fase depressiva. O período total de doença durou cerca de 6 meses, com a presença de sintomas psicóticos isolados durante os 2 meses iniciais, sintomas depressivos e psicóticos durante os 3 meses seguintes e apenas sintomas psicóticos durante o último mês. Neste caso, a duração do Episódio Depressivo não foi breve, relativamente à duração total da perturbação psicótica, de modo que a apresentação se qualifica para um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo. O Critério C para Transtorno Esquizoafetivo especifica que os sintomas de humor que satisfazem aos critérios para um episódio de humor devem estar presentes por uma porção substancial de todo o período de doença. Se os sintomas de humor estão presentes apenas por um período relativamente breve, o diagnóstico é de Esquizofrenia, e não Transtorno Esquizoafetivo. Ao avaliar este critério, o clínico deve determinar a proporção de tempo durante o período contínuo da doença psicótica (isto é, sintomas ativos e residuais) no qual ocorreram sintomas significativos de humor acompanhando os sintomas psicóticos. A operacionalização do que queremos dizer com "uma porção substancial de tempo" requer julgamento clínico. Por exemplo, um indivíduo com uma história de 4 anos de sintomas ativos e residuais de Esquizofrenia desenvolve um Episódio Depressivo Maior sobreposto que dura cinco semanas, durante as quais persistem os sintomas psicóticos. Esta apresentação não satisfaria o critério para "uma porção substancial da duração total", uma vez que os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor ocorreram apenas durante 5 semanas de um total de 4 anos da perturbação. O diagnóstico, neste exemplo, continua sendo de Esquizofrenia, com o diagnóstico adicional de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação para indicar o Episódio Depressivo Maior sobreposto.

## Subtipos

Dois subtipos de Transtorno Esquizoafetivo podem ser anotados com base no componente de humor do transtorno:

- F25.0 - Tipo Bipolar. Este subtipo aplica-se se um Episódio Maníaco ou Episódio Misto faz parte da apresentação. Episódios Depressivos Maiores também podem ocorrer.
- F25.1 - Tipo Depressivo. Este subtipo aplica-se quando apenas Episódios Depressivos Maiores fazem parte da apresentação.

## Características e Transtornos Associados

Pode haver um fraco funcionamento ocupacional, uma faixa restrita de contato social, dificuldades com os cuidados pessoais e um aumento no risco de suicídio em associação com o Transtorno Esquizoafetivo. Os sintomas residuais e negativos geralmente são menos severos e menos crônicos do que aqueles vistos na Esquizofrenia. Os indivíduos com Transtorno Esquizoafetivo podem estar em maior risco para o desenvolvimento posterior de episódios de um Transtorno do Humor puro

(por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Bipolar) ou de Esquizofrenia ou Transtorno Esquizofreniforme. Pode haver transtornos associados Relacionados ao Álcool ou Relacionados a Outras Substâncias. Evidências clínicas limitadas sugerem que o Transtorno Esquizoafetivo pode ser precedido por Transtorno da Personalidade Esquizóide, Esquizotípica, Borderline ou Paranóide.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Para uma discussão adicional de fatores de cultura, idade e gênero relevantes à avaliação dos sintomas psicóticos, consultar o texto para Esquizofrenia, e para uma discussão dos fatores relevantes ao diagnóstico de Transtornos do Humor,. O Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Bipolar, pode ser mais comum em adultos jovens, enquanto o Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Depressivo, pode ser mais comum em adultos mais velhos. Comparado com a Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo provavelmente ocorre com maior frequência em mulheres.

### Prevalência

Não há informações detalhadas disponíveis, mas o Transtorno Esquizoafetivo parece ser menos comum que a Esquizofrenia.

### Curso

A idade típica de início do Transtorno Esquizoafetivo provavelmente se situa nos primeiros anos da idade adulta, embora possa ocorrer desde qualquer momento da adolescência até uma idade mais avançada. O prognóstico para o Transtorno Esquizoafetivo é um pouco melhor que o prognóstico para a Esquizofrenia, mas consideravelmente pior do que para Transtornos do Humor. Uma disfunção ocupacional e social significativa não é incomum. O resultado do Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Bipolar, pode ser melhor do que o do Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Depressivo.

### Padrão Familiar

Existem evidências substanciais de um risco aumentado para Esquizofrenia em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Esquizoafetivo. A maioria dos estudos também mostra que os parentes de indivíduos com Transtorno Esquizoafetivo estão em maior risco para Transtornos do Humor.

### Diagnóstico Diferencial



Condições médicas gerais e uso de substâncias podem apresentar uma combinação de sintomas psicóticos e de humor. Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, delírium ou demência são diagnosticados quando existem evidências, a partir da história, exame físico ou testes laboratoriais, indicando que os sintomas são a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica. Transtorno Psicótico Induzido por Substância e Delírium Induzido por Substância são diferenciados do Transtorno Esquizoafetivo pelo fato de que uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) presumivelmente está etiologicamente relacionada com os sintomas. A distinção entre Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos frequentemente é difícil. No Transtorno Esquizoafetivo, deve haver um episódio de humor concomitante com os sintomas da fase ativa da Esquizofrenia, os sintomas de humor devem estar presentes por uma porção substancial da duração total da perturbação e os delírios ou alucinações devem estar presentes por pelo menos 2 semanas, na ausência de sintomas proeminentes de humor. Em comparação, os sintomas de humor na Esquizofrenia têm uma duração breve em relação à duração total da perturbação, ocorrem apenas durante as fases prodrômica ou residual ou não satisfazem todos os critérios para um episódio de humor. Se os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante períodos de perturbação do humor, o diagnóstico é Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos. No Transtorno Esquizoafetivo, os sintomas não devem ser atribuídos a um episódio de humor se forem claramente decorrentes de sintomas de Esquizofrenia (por ex., dificuldade para dormir em razão de alucinações auditivas perturbadoras, perda de peso porque o alimento é considerado envenenado, dificuldade para concentrar-se em vista da desorganização psicótica). A perda de interesse ou prazer é comum em transtornos psicóticos não-afetivos; portanto, a fim de satisfazer o Critério A para Transtorno Esquizoafetivo, o Episódio Depressivo Maior deve incluir um humor globalmente deprimido. Uma vez que a proporção relativa de sintomas de humor para sintomas psicóticos pode mudar durante o curso da perturbação, o diagnóstico apropriado para um episódio individual da doença pode mudar, de Transtorno Esquizoafetivo para Esquizofrenia (por ex., um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo para um Episódio Depressivo Maior severo e proeminente com duração de 3 meses, ocorrendo durante os primeiros 6 meses de uma doença psicótica crônica, seria mudado para Esquizofrenia se os sintomas psicóticos ativos ou residuais proeminentes persistissem por vários anos sem a recorrência de outro episódio de humor). O diagnóstico também pode mudar para episódios diferentes da doença separados por um período de recuperação. Por exemplo, um indivíduo pode ter um episódio de [284]sintomas psicóticos que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia durante um Episódio Depressivo Maior, recuperar-se completamente deste episódio e, mais tarde, desenvolver 6 semanas de delírios e alucinações sem sintomas proeminentes de humor. O diagnóstico, neste caso, não é Transtorno Esquizoafetivo, porque o período de delírios e alucinações não foi contínuo ao período inicial da perturbação. Ao invés disso, os diagnósticos apropriados são, para o primeiro episódio, Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Completa, e Transtorno Esquizofreniforme (Provisório) para o episódio atual. Perturbações do humor, especialmente depressão, em geral se desenvolvem durante o curso de um Transtorno Delirante. Entretanto, essas apresentações não satisfazem os critérios para Transtorno Esquizoafetivo, porque os sintomas psicóticos no Transtorno Delirante são restritos a delírios não-bizarros e, portanto, não satisfazem o Critério A para Transtorno

Esquizoafetivo. Quando existem informações insuficientes envolvendo a relação entre os sintomas psicóticos e de humor, Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação pode ser o diagnóstico mais apropriado.

#### Critérios Diagnósticos para F25.x - 295.70 Transtorno Esquizoafetivo

A. Um período de doença ininterrupto durante o qual, em algum momento, existe um Episódio Depressivo Maior, um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto, concomitante com sintomas que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia.

Nota: O Episódio Depressivo Maior deve incluir o Critério A1: humor deprimido.

B. Durante o mesmo período de doença, ocorreram delírios ou alucinações por pelo menos 2 semanas, na ausência de sintomas proeminentes de humor.

C. Os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes por uma porção substancial da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

D. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

Especificar tipo:

Tipo Bipolar: se a perturbação inclui um Episódio Maníaco ou Misto (ou um Episódio Maníaco ou Misto e Episódios Depressivos Maiores). Tipo Depressivo: se a perturbação apenas inclui Episódios Depressivos Maiores.

#### **F22.0 - 297.1 - Transtorno Delirante**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Delirante é a presença de um ou mais delírios não-bizarros que persistem por pelo menos 1 mês (Critério A). Um diagnóstico de Transtorno Delirante não é dado se o indivíduo já apresentou um quadro sintomático que satisfazia o Critério A para Esquizofrenia (Critério B). Alucinações auditivas ou visuais, se presentes, não são proeminentes. Alucinações táteis ou olfativas podem estar presentes (e ser proeminentes), se relacionadas ao tema do delírio (por ex., sensação de estar infestado com insetos, associada com delírios de infestação, ou a percepção de emitir odor fétido por um orifício corporal, associada com delírios de referência). Exceto pelo impacto direto dos delírios, o funcionamento psicossocial não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é obviamente estranho ou bizarro (Critério C). Se episódios de humor ocorrem concomitantemente com os delírios, sua

duração total é relativamente breve, comparada com a duração total dos períodos delirantes (Critério D). Os delírios não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., cocaína) ou uma condição médica geral (por ex., doença de Alzheimer, lúpus eritematoso sistêmico) (Critério E). Embora seja especialmente importante determinar se os delírios são bizarros para a distinção entre Transtorno Delirante e Esquizofrenia, este caráter bizarro pode ser difícil de julgar, especialmente entre diferentes culturas. Os delírios são considerados bizarros quando claramente implausíveis, incompreensíveis e não extraídos de experiências comuns da vida (por ex., a crença de um indivíduo de que um estranho retirou seus órgãos internos e os substituiu pelos de outra pessoa sem deixar quaisquer cicatrizes ou ferimentos). Em comparação, os delírios não-bizarros envolvem situações que poderiam conceberivelmente ocorrer (por ex., ser seguido, envenenado, infectado, amado à distância ou traído pelo cônjuge ou parceiro romântico). O funcionamento psicossocial é variável. Alguns indivíduos podem parecer relativamente intactos em seus papéis interpessoais e ocupacionais. Em outros, o prejuízo pode ser substancial e incluir baixo ou nenhum funcionamento ocupacional e isolamento social. Quando um fraco funcionamento psicossocial está presente no Transtorno Delirante, ele decorre diretamente das próprias crenças delirantes. Por exemplo, um indivíduo convencido de que será assassinado por "criminosos da Máfia" pode abandonar seu emprego e se recusar a sair de casa, exceto tarde da noite e apenas usando roupas diferentes de seus trajes habituais. Todo este comportamento é uma tentativa compreensível de evitar ser identificado e morto por seus supostos assassinos. Em comparação, o fraco funcionamento na Esquizofrenia pode ser devido a sintomas tanto positivos quanto negativos (particularmente avolição). Similarmente, uma característica comum em indivíduos com Transtorno Delirante é a aparente normalidade de seu comportamento e aparência quando suas idéias delirantes não estão sendo questionadas ou postas em prática. Em geral, o funcionamento social e conjugal estão mais propensos a sofrer prejuízos do que os funcionamentos intelectual e ocupacional.

## Subtipos

O tipo de Transtorno Delirante pode ser especificado com base no tema delirante predominante:

- Tipo Erotomaníaco. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio diz respeito a ser amado por outra pessoa. O delírio frequentemente envolve um amor romântico e união espiritual idealizada, ao invés de atração sexual. A pessoa sobre a qual esta convicção é mantida geralmente detém uma posição social superior (por ex., uma pessoa famosa ou um superior no trabalho), mas pode ser um completo estranho. Os esforços para contatar o objeto do delírio (por telefonemas, cartas, presentes, visitas ou até mesmo vigilância) são comuns, embora ocasionalmente a pessoa mantenha seu delírio em segredo. A maioria dos indivíduos com este subtipo em amostras clínicas consiste de mulheres; a maior parte dos indivíduos com este subtipo em amostras forenses são homens. Algumas das pessoas com o Tipo Erotomaníaco, particularmente os homens, entram em conflito com a lei em seus esforços no sentido de alcançar o objeto de

seu delírio ou em tentativas desencaminhadas de "salvá-lo" de algum perigo imaginário.

- Tipo Grandioso. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento (irreconhecido) ou conhecimento ou de ser o autor de alguma descoberta importante. Com menor frequência, o indivíduo pode ter o delírio de possuir um relacionamento especial com uma pessoa importante (por ex., de servir de consultor para o Presidente) ou de ser uma pessoa importante (sendo que neste caso a pessoa real pode ser considerada uma impostora). Os delírios grandiosos podem ter um conteúdo religioso (por ex., a pessoa acredita ter uma mensagem especial oferecida por uma divindade).
- Tipo Ciumento. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio diz respeito a estar sendo traído pelo cônjuge ou parceiro romântico. Esta crença é injustificada e está baseada em inferências incorretas apoiadas por pequenas "evidências" (por ex., roupas em desalinho ou manchas nos lençóis), que são colecionadas e usadas para justificar o delírio. O indivíduo com o delírio geralmente confronta seu cônjuge ou parceiro e tenta intervir na infidelidade imaginada (por ex., restringindo a autonomia do cônjuge ou parceiro, seguindo-o em segredo, investigando o amante imaginário ou agredindo o parceiro).
- Tipo Persecutório. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve a crença de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas, estar sendo alvo de comentários maliciosos, de assédio ou obstruído em sua busca de objetivos de longo prazo. Pequenos deslizes podem ser exagerados e se tornar o foco de um sistema delirante. O foco do delírio frequentemente se concentra em alguma injustiça que deve ser remediada pela ação legal ("paranóia querelante"), podendo a pessoa afetada envolver-se em repetidas tentativas de obter satisfação, apelando aos tribunais e outras agências governamentais. Os indivíduos com delírios persecutórios com frequência sentem ressentimento e raiva, podendo recorrer à violência contra aqueles que supostamente os estão prejudicando.
- Tipo Somático. Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais. Os delírios somáticos podem ocorrer de diversas formas. Os mais comuns envolvem a convicção de estar emitindo odor fétido através da pele, boca, reto ou vagina, de estar infestado com insetos sobre ou sob a pele, de abrigar um parasito interno; de que certas partes do corpo são (contrariamente a todas as evidências) malformadas ou feias, ou de que certas partes do corpo (por ex., o intestino grosso) não estão funcionando.
- Tipo Misto. Este subtipo aplica-se quando não há predomínio de qualquer tema delirante.
- Tipo Inespecificado. Este subtipo aplica-se quando a crença dominante no delírio não pode ser claramente determinada ou não está descrita entre os tipos específicos (por ex., delírios de referência sem um componente persecutório ou grandioso proeminente).

## Características e Transtornos Associados

Problemas sociais, conjugais ou profissionais podem resultar das crenças delirantes do Transtorno Delirante. Idéias de referência (por ex., de que eventos

aleatórios têm uma importância especial) são comuns em indivíduos com este transtorno. A interpretação desses eventos geralmente é consistente com o conteúdo de suas crenças delirantes. Muitos indivíduos com Transtorno Delirante desenvolvem um humor irritável ou disfórico, que habitualmente pode ser compreendido com uma reação às suas crenças delirantes. Especialmente com os Tipos Persecutório e Ciumento, podem ocorrer acentuada raiva e comportamento violento. O indivíduo pode envolver-se em um comportamento litigioso, ocasionalmente levando a centenas de cartas de protesto a órgãos governamentais ou legais e muitas aparições em tribunais. Dificuldades legais podem ocorrer no Transtorno Delirante, Tipo Ciumento e Tipo Erotomaníaco. Os indivíduos com Transtorno Delirante, Tipo Somático, podem submeter-se a exames e procedimentos médicos desnecessários. Deficiência auditiva, severos estressores psicossociais (por ex., imigração) e baixa situação sócio-econômica podem predispor um indivíduo ao desenvolvimento de Transtorno Delirante. A ocorrência de Episódios Depressivos Maiores provavelmente é maior em indivíduos com Transtorno Delirante do que na população geral. Tipicamente, a depressão é relativamente leve e começa após o início das crenças delirantes proeminentes. O Transtorno Delirante pode estar associado com Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno Dismórfico Corporal e Transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide ou Esquiva.

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

A bagagem cultural e religiosa de um indivíduo deve ser levada em conta na avaliação da possível presença de Transtorno Delirante. Algumas culturas têm crenças amplamente mantidas e culturalmente aceitas, que poderiam ser consideradas delirantes em outros contextos. O conteúdo dos delírios também varia entre diferentes culturas e subculturas. O Transtorno Delirante, Tipo Ciumento, provavelmente é mais comum em homens do que em mulheres, mas não parece haver uma grande diferença entre os gêneros na frequência do Transtorno Delirante em geral.

### Prevalência

O Transtorno Delirante é relativamente incomum nos contextos clínicos, e a maioria dos estudos sugere que o transtorno responde por 1-2% das baixas nos sistemas de internação em saúde mental. Ainda há informações precisas insuficientes sobre a prevalência deste transtorno na população, mas a melhor estimativa situa-se em torno de 0,03%. Em vista de sua idade de aparecimento geralmente tardia, o risco de morbidade durante a vida pode estar entre 0,05 e 0,1%.

### Curso

O início do Transtorno Delirante em geral se situa na fase intermediária ou tardia da idade adulta, mas pode ocorrer antes. O Tipo Persecutório é o subtipo mais comum.

O curso é bastante variável. Especialmente no caso do Tipo Persecutório, o transtorno pode ser crônico, embora frequentemente ocorram períodos de preocupação maior ou menor com as crenças delirantes. Em outros casos, períodos de remissão completa podem ser seguidos por recaídas. Em outros casos, ainda, o transtorno apresenta remissão em alguns meses, sem recaída subsequente. Algumas evidências sugerem que o Tipo Ciumento pode ter um prognóstico melhor do que o Tipo Persecutório.

## Padrão Familiar

Alguns estudos constataram que o Transtorno Delirante é mais comum entre parentes de indivíduos com Esquizofrenia do que seria esperado do mero acaso, enquanto outros estudos não encontraram qualquer relação entre Transtorno Delirante e Esquizofrenia. Existem algumas evidências de que o Transtorno da Personalidade Esquiva e o Transtorno da Personalidade Paranóide podem ser especialmente comuns entre parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Delirante.

## Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Transtorno Delirante é feito apenas quando o delírio não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. Um delírium, uma demência e um Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral podem apresentar sintomas que lembram o Transtorno Delirante. Por exemplo, delírios simples de perseguição (por ex., "alguém entra em meu quarto à noite e rouba minhas roupas") na fase inicial da Demência do Tipo Alzheimer seriam diagnosticados como Demência [288]do Tipo Alzheimer, Com Delírios. Um Transtorno Psicótico Induzido por Substância, especialmente devido a estimulantes como anfetamina e cocaína, pode ter sintomatologia idêntica ao Transtorno Delirante, mas geralmente pode ser diferenciado pela relação cronológica entre o uso da substância e o início ou a remissão das crenças delirantes. O Transtorno Delirante pode ser diferenciado da Esquizofrenia e do Transtorno Esquizofreniforme pela ausência de outros sintomas característicos da fase ativa da Esquizofrenia (por ex., alucinações auditivas ou visuais proeminentes, delírios bizarros, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos). Comparado com a Esquizofrenia, o Transtorno Delirante em geral produz menos prejuízo nos funcionamentos ocupacional e social. Pode ser difícil distinguir entre Transtornos do Humor com Aspectos Psicóticos e Transtorno Delirante, uma vez que os aspectos psicóticos associados com os Transtornos do Humor geralmente envolvem delírios não-bizarros sem alucinações proeminentes. A distinção depende do relacionamento temporal entre a perturbação de humor e os delírios e da gravidade dos sintomas de humor. Se os delírios ocorrem exclusivamente durante episódios de humor, o diagnóstico é de Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos. Embora os sintomas depressivos sejam comuns no Transtorno Delirante, eles geralmente são leves e apresentam remissão, ao passo que os sintomas delirantes persistem, e não indicam um diagnóstico separado de Transtorno do Humor. Ocasionalmente, sintomas de humor que satisfazem todos os critérios para um episódio de humor são sobrepostos à

perturbação delirante. Se os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes por uma porção substancial da perturbação delirante (isto é, o equivalente delirante do Transtorno Esquizoafetivo), então se aplica um diagnóstico de Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação, acompanhado por Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação ou Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação. Os indivíduos com Transtorno Psicótico Compartilhado podem apresentar sintomas similares àqueles vistos no Transtorno Delirante, mas a perturbação tem etiologia e curso característicos. No Transtorno Psicótico Compartilhado, os delírios surgem no contexto de um estreito relacionamento com outra pessoa, sua forma é idêntica aos delírios da outra pessoa, e diminuem ou desaparecem quando o indivíduo com Transtorno Psicótico Compartilhado é separado do indivíduo com o Transtorno Psicótico primário. O Transtorno Psicótico Breve é diferenciado do Transtorno Delirante pelo fato de os sintomas delirantes, no Transtorno Psicótico Breve, durarem menos de 1 mês. Um diagnóstico de Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação pode ser feito quando não há informações suficientes disponíveis para selecionar entre Transtorno Delirante e outros Transtornos Psicóticos, ou para determinar se os sintomas apresentados são induzidos por uma substância ou resultam de uma condição médica geral. Pode ser difícil diferenciar a Hipocondria (especialmente Com Insight Pobre) do Transtorno Delirante. Na Hipocondria, os temores de ter uma doença grave ou a preocupação acerca de ter uma doença séria são mantidos com uma intensidade que não chega a ser delirante (isto é, o indivíduo consegue admitir a possibilidade de que a doença temida não está presente). O Transtorno Dismórfico Corporal envolve uma preocupação com algum defeito imaginário na aparência. Muitos indivíduos com este transtorno mantêm crenças com uma intensidade que não chega a ser delirante e reconhecem que sua impressão sobre a própria aparência é distorcida. Uma parcela significativa dos indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para Transtorno Dismórfico Corporal, entretanto, mantêm suas crenças com intensidade delirante. Quando os critérios para ambos os transtornos são satisfeitos, tanto Transtorno Dismórfico Corporal quanto Transtorno Delirante, Tipo Somático, podem ser diagnosticados. Os limites entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (especialmente Com Insight Pobre) e Transtorno Delirante às vezes podem não ser claros. A capacidade dos indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo de reconhecer que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais ocorre em uma linha contínua. Em alguns indivíduos, o teste de realidade pode ter-se perdido, podendo a obsessão alcançar proporções delirantes (por ex., a crença de ter causado a morte de alguém por tê-la desejado). Se as obsessões progredirem para crenças delirantes persistentes que representam um papel importante no quadro clínico, pode-se aplicar um diagnóstico adicional de Transtorno Delirante. Em comparação com o Transtorno Delirante, não existem crenças delirantes definidas ou persistentes no Transtorno da Personalidade Paranóide. Sempre que uma pessoa com um Transtorno Delirante tem um Transtorno da Personalidade preexistente, o Transtorno da Personalidade deve ser anotado no Eixo II, seguido pela expressão "Pré-mórbido", entre parênteses.

Critérios Diagnósticos para F22.0 - 297.1 Transtorno Delirante

A. Delírios não-bizarros (isto é, envolvendo situações que ocorrem na vida real, tais como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distância, traído por cônjuge ou parceiro romântico ou ter uma doença) com duração mínima de 1 mês.

B. O critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito.

Nota: alucinações táteis e olfativas podem estar presentes no Transtorno Delirante, se relacionadas ao tema dos delírios.

C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de suas ramificações, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro.

D. Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos delirantes.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo (os tipos seguintes são atribuídos com base no tema predominante do(s) delírio(s): Tipo Erotomaníaco: delírios de que outra pessoa, geralmente de situação mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo. Tipo Grandioso: delírios de grande valor, poder, conhecimento, identidade ou de relação especial com uma divindade ou pessoa famosa. Tipo Ciumento: delírios de que o parceiro sexual do indivíduo é infiel. Tipo Persecutório: delírios de que o indivíduo (ou alguém chegado a ele) está sendo, de algum modo, maldosamente tratado. Tipo Somático: delírios de que a pessoa tem algum defeito físico ou condição médica geral.

## Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos

Estão incluídos nesta parte os seguintes Transtornos Psicóticos - em azul:

- Transtorno Esquizofrênico
- Transtorno Esquizofreniforme
- Transtorno Esquizoafetivo
- Transtorno Delirante
- Transtorno Psicótico Breve
- Transtorno Psicótico Compartilhado
- Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância
- Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação



## **F23.xx - 298.8 - Transtorno Psicótico Breve**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Psicótico Breve é uma perturbação que envolve o início súbito de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado (por ex., descarrilamento ou incoerência freqüentes), ou comportamento amplamente desorganizado ou catatônico (Critério A). Um episódio da perturbação dura no mínimo 1 dia, mas menos de 1 mês, e o indivíduo acaba tendo um pleno retorno ao nível pré-mórbido de funcionamento (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, por Transtorno Esquizoafetivo ou por Esquizofrenia nem é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., alucinógeno) ou de uma condição médica geral (por ex., hematoma subdural) (Critério C).

### Especificadores

Os seguintes especificadores para Transtorno Psicótico Breve podem ser anotados, com base na presença ou ausência de estressores precipitantes:

F23.81 - Com Estressor(es) Acentuado(s). Este especificador pode ser anotado se os sintomas psicóticos se desenvolvem logo após e aparentemente em resposta a um ou mais eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam estressantes demais para praticamente qualquer pessoa em circunstâncias similares na cultura do indivíduo em questão. Este tipo de Transtorno Psicótico Breve era chamado de "psicose reativa breve" no DSM-III-R. Os eventos precipitantes podem ser representados por qualquer estresse importante, tal como a perda de um ente querido ou um trauma psicológico de combate. Às vezes, pode ser clinicamente difícil discernir se um determinado estressor foi um precipitante ou uma conseqüência da doença. Nestes casos, a decisão dependerá de fatores relacionados, tais como a relação temporal entre o estressor e o início dos sintomas, informações auxiliares fornecidas pelo cônjuge ou por um amigo acerca do nível de funcionamento antes do estressor, e a partir da história de respostas similares a eventos estressantes no passado.

F23.80 - Sem Estressor(es) Acentuado(s). Este especificador pode ser anotado se os sintomas psicóticos aparentemente não ocorrem em resposta a eventos que seriam estressantes demais para praticamente qualquer pessoa em circunstâncias similares na cultura do indivíduo. Com Início no Pós-Parto. Este especificador pode ser anotado se o início dos sintomas psicóticos ocorre dentro de até 4 semanas pós-parto.

### Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno Psicótico Breve tipicamente experimentam tumulto emocional ou confusão maciça. Eles podem ter rápidas oscilações de um afeto intenso para outro. Embora breve, o nível de prejuízo pode ser severo, podendo exigir

supervisão para garantir que as necessidades higiênicas e nutricionais sejam atendidas e que o indivíduo seja protegido das conseqüências do fraco julgamento e do prejuízo cognitivo ou de atuar com base em seus delírios. Parece haver um risco aumentado de mortalidade (com um risco particularmente alto de suicídio), em especial entre indivíduos mais jovens. Transtornos da Personalidade preexistentes (por ex., Transtorno da Personalidade Paranóide, Histriônica, Narcisista, Esquizotípica ou Borderline) podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento do transtorno.

### Características Específicas à Cultura

É importante distinguir entre os sintomas de um Transtorno Psicótico Breve e padrões de resposta culturalmente aceitos. Em algumas cerimônias religiosas, por exemplo, um indivíduo pode relatar que ouve vozes, mas estas geralmente não persistem nem são percebidas como anormais pela maioria dos membros da sua comunidade. Prevalência As poucas evidências disponíveis sugerem que o Transtorno Psicótico Breve é raro. Curso O Transtorno Psicótico Breve pode aparecer na adolescência ou início da idade adulta, ocorrendo em média ao final da década dos 20 anos ou início dos 30. Por definição, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Breve exige a remissão completa de todos os sintomas e um retorno ao nível pré-mórbido de funcionamento dentro de 1 mês após o início da perturbação. Em alguns indivíduos, a duração dos sintomas psicóticos pode ser bastante breve (por ex., alguns dias).

### Padrão Familiar

Algumas evidências indicam que o Transtorno Psicótico Breve pode estar relacionado aos Transtornos do Humor, enquanto outras evidências sugerem que ele pode ser distinto tanto da Esquizofrenia quanto dos Transtornos do Humor.

### Diagnóstico Diferencial

Uma ampla variedade de condições médicas gerais pode apresentar-se com sintomas psicóticos de curta duração. Um diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral ou delirium é feito quando existem evidências, a partir da história do exame físico ou de testes laboratoriais, indicando que os delírios e alucinações são a conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., síndrome de Cushing, tumor cerebral). Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Delirium Induzido por Substância e Intoxicação com Substância são diferenciados do Transtorno Psicótico Breve pelo fato de que uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) supostamente está etiológicamente relacionada com os sintomas psicóticos. Testes laboratoriais, como exame de urina para drogas ou do nível alcoólico no sangue, podem ser úteis para essa determinação, assim como uma anamnese criteriosa do uso de substâncias, com atenção para a relação temporal entre o consumo de uma substância e

o início dos sintomas e para a natureza da substância usada. O diagnóstico de Transtorno Psicótico Breve não pode ser feito se os sintomas psicóticos são melhor explicados por um episódio de humor (isto é, os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante um Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto). Se os sintomas psicóticos persistem por 1 mês ou mais, o diagnóstico é de Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante, Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação, dependendo dos demais sintomas. O diagnóstico diferencial entre Transtorno Psicótico Breve e Transtorno Esquizofreniforme é difícil, quando os sintomas psicóticos apresentam remissão antes de 1 mês, em resposta a um tratamento medicamentoso eficaz. Uma vez que episódios recorrentes de Transtorno Psicótico Breve são raros, deve-se prestar muita atenção à possibilidade de que um transtorno recorrente (por ex., Transtorno Bipolar, exacerbações agudas recorrentes de Esquizofrenia) seja responsável por quaisquer episódios psicóticos recorrentes. Um episódio de Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos pode ter a aparência de um Transtorno Psicótico Breve, mas nesses casos existem evidências de que os sintomas são intencionalmente produzidos. Quando a Simulação envolve sintomas aparentemente psicóticos, em geral existem evidências de que a doença está sendo simulada por um objetivo compreensível. Em certos indivíduos com Transtornos da Personalidade, os estressores psicossociais podem precipitar breves períodos de sintomas psicóticos, que geralmente são temporários e não indicam um diagnóstico separado. Se os sintomas psicóticos persistem por pelo menos 1 dia, pode-se aplicar um diagnóstico adicional de Transtorno Psicótico Breve.

#### CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F23.xx - 298.8 Transtorno Psicótico Breve

A. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas:

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., decarrilamento ou incoerência freqüentes)
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico

Nota: Não incluir um sintoma que seja um padrão de resposta culturalmente sancionado.

B. A duração de um episódio da perturbação é de, no mínimo, 1 dia, mas menos de 1 mês, com retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido.

C. A perturbação não é melhor explicada por Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos, Transtorno Esquizoafetivo ou Esquizofrenia, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar se: Com Estressor(es) Acentuado(s) (psicose reativa breve): se os sintomas ocorrem logo após e aparentemente em resposta a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam estressantes demais para praticamente qualquer pessoa em circunstâncias similares na cultura do indivíduo. Sem Estressor(es) Acentuado(s): se os sintomas psicóticos não ocorrem logo após ou aparentemente não consistem de respostas a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam estressantes demais para praticamente qualquer pessoa em circunstâncias similares na cultura do indivíduo. Com Início no Pós-Parto: se o início ocorre em 4 semanas pós-parto.

## **Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) é um delírio que se desenvolve em um indivíduo envolvido em um estreito relacionamento com outra pessoa (às vezes chamada de "indutor" ou "caso primário") que já tem um Transtorno Psicótico com delírios proeminentes (Critério A). O indivíduo compartilha as crenças delirantes do caso primário, total ou parcialmente (Critério B). O delírio não é melhor explicado por um outro Transtorno Psicótico (por ex., Esquizofrenia) ou por um Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos nem é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., anfetamina) ou de uma condição médica geral (por ex., tumor cerebral) (Critério C). Esquizofrenia é provavelmente o diagnóstico mais comum do caso primário, embora outros diagnósticos possam incluir Transtorno Delirante ou Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos. O conteúdo das crenças delirantes compartilhadas pode depender do diagnóstico do caso primário e incluir delírios relativamente bizarros (por ex., de que alguma força estranha e hostil está transmitindo radiação para dentro do apartamento, causando indigestão e diarreia), delírios congruentes com o humor (por ex., de que o caso primário em breve receberá um contrato de filmagem de 2 milhões de dólares, permitindo à família comprar uma casa muito maior, com piscina), ou delírios não-bizarros característicos do Transtorno Delirante (por ex., o FBI está "grampeando" o telefone da família e seguindo seus membros quando estes saem à rua). O caso primário no Transtorno Psicótico Compartilhado em geral é o membro dominante no relacionamento, que aos poucos impõe o sistema delirante à segunda pessoa, mais passiva e inicialmente saudável. Os indivíduos que chegam a compartilhar as crenças delirantes frequentemente estão relacionados por laços sanguíneos ou casamento e convivem há muito tempo, às vezes em relativo isolamento social. Se o relacionamento com o caso primário é interrompido, as crenças delirantes do outro indivíduo gradualmente diminuem ou desaparecem. Embora seja visto com maior frequência em relacionamentos de apenas duas pessoas, o Transtorno Psicótico

Compartilhado pode ocorrer entre um número maior de indivíduos, especialmente em situações familiares em que um dos pais é o caso primário e os filhos, às vezes em graus variados, adotam suas crenças delirantes. Os indivíduos com o transtorno raramente buscam tratamento, sendo em geral trazidos à atenção clínica quando o caso primário recebe tratamento.

## Características e Transtornos Associados

Exceto pelas crenças delirantes, o comportamento não é de outro modo esquisito ou incomum no Transtorno Psicótico Compartilhado. O prejuízo freqüentemente é menos severo no indivíduo com Transtorno Psicótico Compartilhado do que no caso primário.

## Prevalência

Há poucas informações sistemáticas disponíveis sobre a prevalência do Transtorno Psicótico Compartilhado. Este transtorno é raro nos contextos clínicos, embora se argumente que alguns casos passam despercebidos. Evidências limitadas sugerem que o Transtorno Psicótico Compartilhado é um pouco mais comum em mulheres do que em homens.

## Curso

Pouco se sabe sobre a idade de início do Transtorno Psicótico Compartilhado, mas esta parece ser bastante variável. Sem intervenção, o curso geralmente é crônico, uma vez que o transtorno ocorre com maior freqüência em relacionamentos de longa duração e resistentes a mudanças. Com a separação do caso primário, as crenças delirantes do indivíduo desaparecem, às vezes rapidamente e, outras vezes, bem devagar.

## Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Transtorno Psicótico Compartilhado é feito apenas quando o delírio não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. O diagnóstico diferencial raramente é um problema, uma vez que a história de estreita associação com o caso primário e a semelhança entre os delírios dos dois indivíduos são peculiares ao Transtorno Psicótico Compartilhado. Nos casos de Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos não existe um relacionamento íntimo com uma pessoa dominante que tenha um Transtorno Psicótico e compartilhe crenças delirantes similares ou, caso exista esta pessoa, os sintomas psicóticos geralmente precedem o

início de quaisquer delírios compartilhados. Em casos raros, um indivíduo pode apresentar-se com o que parece ser um Transtorno Psicótico Compartilhado, mas os delírios não desaparecem quando o indivíduo é separado do caso primário. Nesta situação, provavelmente cabe considerar um diagnóstico de um outro Transtorno Psicótico.

#### Critérios Diagnósticos para F24 - 297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado

- A. Um delírio desenvolve-se em um indivíduo no contexto de um estreito relacionamento com outra(s) pessoa(s), com um delírio já estabelecido.
- B. O delírio é de conteúdo similar ao da pessoa com o delírio já estabelecido.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro Transtorno Psicótico (por ex., Esquizofrenia) ou por um Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou de uma condição médica geral.

#### F06.x - Transt. Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

##### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral são alucinações ou delírios proeminentes, presumivelmente decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (Critério A). Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que os delírios ou alucinações são a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). A perturbação psicótica não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., os sintomas não são uma resposta psicológica a uma condição médica geral severa, em cujo caso se aplicaria um diagnóstico de Transtorno Psicótico Breve, Com Estressor Acentuado) (Critério C). O diagnóstico não é feito se a perturbação ocorre apenas durante o curso de um delirium (Critério D). Um diagnóstico separado de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral não é feito se os delírios ocorrem apenas durante o curso da Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular; neste caso, aplica-se um diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular, especificando o subtipo Com Delírios. As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (isto é, visual, olfativa, gustativa, tátil ou auditiva), mas certos fatores etiológicos tendem a provocar fenômenos alucinatorios específicos. As alucinações olfativas, especialmente aquelas envolvendo o odor de borracha queimada ou outros cheiros desagradáveis, são altamente sugestivas de epilepsia do lobo temporal. As alucinações podem variar de simples e não-estruturadas até altamente complexas e organizadas, dependendo dos fatores etiológicos, do contexto ambiental, da natureza e do foco do insulto ao sistema nervoso central e da

resposta reativa ao prejuízo. O Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral comumente não é diagnosticado se o indivíduo mantém o teste de realidade para a alucinação e entende que as experiências perceptuais resultam da condição médica geral. Os delírios podem expressar uma variedade de temas, incluindo somáticos, grandiosos, religiosos e, com maior frequência, persecutórios. Os delírios religiosos têm estado especificamente associados, em alguns casos, à epilepsia do lobo temporal. Os indivíduos com lesões cerebrais parietais à direita podem desenvolver uma síndrome de negligência contralateral, na qual podem ignorar partes de seu corpo em um grau delirante. Em geral, entretanto, as associações entre os delírios e determinadas condições médicas gerais parecem ser menos específicas do que ocorre com as alucinações. Ao determinar se a perturbação psicótica decorre de uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, estabelecer a presença da condição médica. Além disso, ele deve estabelecer uma relação etiológica entre a perturbação psicótica e a condição médica geral, através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação criteriosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o relacionamento entre a perturbação psicótica e a condição médica geral é etiológico, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e da perturbação psicótica. Uma segunda consideração diz respeito à presença de aspectos atípicos de um Transtorno Psicótico primário (por ex., idade atípica de início ou presença de alucinações visuais ou olfativas). Evidências a partir da literatura, sugerindo a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de sintomas psicóticos, podem oferecer um contexto útil na avaliação de determinada situação. Além disso, o clínico também deve considerar que a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico primário, um Transtorno Psicótico Induzido por Substância ou um outro transtorno mental primário (por ex., Transtorno de Ajustamento). Esta determinação é explicada em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral"

## Subtipos

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a apresentação sintomática predominante. Se tanto delírios quanto alucinações estão presentes, codificar o sintoma predominante:

- F06.2 - 293.81 Com Delírios. Este subtipo é usado se os delírios são o sintoma predominante.
- F06.0 - 293.82 Com Alucinações. Este subtipo é usado se as alucinações são o sintoma predominante.

## Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar, em primeiro lugar, no Eixo I, a presença do Transtorno Psicótico, depois a condição médica geral considerada causadora da perturbação e finalmente o especificador apropriado, indicando a apresentação sintomática predominante (por ex., Transtorno Psicótico Devido a Tirotoxicose, Com Alucinações). O código diagnóstico no Eixo I é selecionado com base no subtipo: 293.81 para Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Com Delírios, e 293.82 para Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Com Alucinações. O código da CID-9-MC para a condição médica geral também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 242.9 tirotoxicose). (Ver Apêndice G para uma lista dos códigos diagnósticos da CID-9-MC, para condições médicas gerais selecionadas.)

Condições Médicas Gerais Associadas Uma variedade de condições médicas associadas pode causar sintomas psicóticos, incluindo condições neurológicas (por ex., neoplasmas, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, lesões do nervo auditivo, surdez, enxaqueca, infecções do sistema nervoso central), condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hipoadrenocorticalismo), condições metabólicas (por ex., hipóxia, hipercapnia, hipoglicemia), desequilíbrios hidroeletrolíticos, doenças hepáticas ou renais e transtornos auto-imunes com envolvimento do sistema nervoso central (por ex., lúpus eritematoso sistêmico). As condições neurológicas que envolvem estruturas subcorticais ou o lobo temporal estão mais freqüentemente associadas com delírios. Os achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência ou início refletem a condição médica geral etiológica.

## Diagnóstico Diferencial

Alucinações e delírios geralmente ocorrem no contexto do delirium; entretanto, não se faz um diagnóstico separado de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral se a perturbação ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium. Quando os delírios se desenvolvem durante o curso de Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular, aplica-se um diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular, especificando o subtipo Com Delírios; não é dado um diagnóstico separado de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral. Quando a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas (por ex., psicóticos e de ansiedade), o diagnóstico em geral é de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, uma vez que nessas situações os sintomas psicóticos tipicamente predominam no quadro clínico. Caso existam evidências de uso recente ou prolongado de uma substância (inclusive medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina (por ex., Intoxicação com LSD, Abstinência de Álcool), um Transtorno Psicótico Induzido por Substância deve ser considerado. Pode ser útil obter uma triagem urinária ou sangüínea para drogas ou outro exame laboratorial apropriado. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, dentro de 4 semanas) uma Intoxicação ou Abstinência de Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicativos de um Transtorno Psicótico Induzido por Substância, dependendo do caráter, duração ou quantidade da substância usada. Caso o clínico determine que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, ambos os diagnósticos (isto é,



Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Psicótico Induzido por Substância) podem ser dados. O Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciado de um Transtorno Psicótico primário (por ex., Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Transtorno Esquizoafetivo) ou de um Transtorno do Humor primário Com Aspectos Psicóticos. Nos Transtornos Psicóticos primários e nos Transtornos do Humor primários, Com Aspectos Psicóticos, não é possível demonstrar qualquer mecanismo fisiológico causal específico e direto, associado a uma condição médica geral. A idade mais tardia de início (por ex., o primeiro aparecimento de delírios em um indivíduo com mais de 35 anos) e a ausência de uma história pessoal ou familiar de Esquizofrenia ou Transtorno Delirante sugerem a necessidade de uma avaliação completa, para descartar o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral. As alucinações auditivas que envolvem vozes falando frases complexas são mais [297]características da Esquizofrenia do que de um Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral. Outros tipos de alucinações (por ex., visuais, olfativas) geralmente assinalam um Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral ou um Transtorno Psicótico Induzido por Substância. O diagnóstico de Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação é feito quando o clínico não consegue determinar se a perturbação psicótica é primária, induzida por substância ou decorrente de uma condição médica geral. As alucinações hipnagógicas ou hipnopômicas podem ocorrer em indivíduos sem um transtorno mental, mas acontecem apenas ao adormecer ou despertar.

Critérios Diagnósticos para F06.x - 293.xx Transtorno Psicótico Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

- A. Alucinações ou delírios proeminentes.
- B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.

Codificar com base no sintoma predominante: .81 Com Delírios: se delírios são o sintoma predominante. .82 Com Alucinações: se alucinações são o sintoma predominante.

Nota para codificação: incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.81 Transtorno Psicótico Devido a Neoplasma Pulmonar Maligno, Com Delírios; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver códigos no Apêndice G).

Nota para codificação: Se os delírios fazem parte de uma demência preexistente, indicar os delírios codificando o subtipo apropriado de demência, se um deles está disponível, por ex., 290.20 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Delírios.

## Transtorno Psicótico Induzido por Substância

### Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno Psicótico Induzido por Substância são alucinações ou delírios proeminentes (critério A), considerados decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (isto é, droga de abuso, medicamento ou exposição a toxina) (Critério B). As alucinações que o indivíduo percebe como induzidas pela substância não são incluídas aqui, devendo ser diagnosticadas como Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, especificando Com Perturbações Perceptuais. A perturbação não deve ser melhor explicada por um Transtorno Psicótico não induzido por substância (critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas psicóticos ocorrem apenas durante o curso de um delirium (Critério D). Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, apenas quando os sintomas psicóticos excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Um Transtorno Psicótico Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno Psicótico primário com base no início, curso e outros fatores. No caso de drogas de abuso, deve haver evidências de intoxicação ou abstinência, a partir da história, exame físico e achados laboratoriais. Os Transtornos Psicóticos Induzidos por Substância surgem apenas em associação com estados de intoxicação ou abstinência, enquanto os Transtornos Psicóticos primários podem preceder o uso da substância ou ocorrer durante períodos de abstinência prolongada. Uma vez iniciados, os sintomas psicóticos podem perdurar enquanto continuar o uso da substância. Uma vez que o estado de abstinência para algumas substâncias pode ser relativamente protelado, o início dos sintomas psicóticos pode ocorrer até 4 semanas após a cessação do uso da substância. Uma consideração adicional é a presença de aspectos atípicos de um transtorno psicótico primário (por ex., idade de início e curso atípicos). Por exemplo, o aparecimento de delírios pela primeira vez em uma pessoa com mais de 35 anos, sem uma história conhecida de Transtorno Psicótico Primário, deve alertar o médico quanto à possibilidade de um Transtorno Psicótico Induzido por Substância. Mesmo uma história prévia de Transtorno Psicótico primário não descarta a possibilidade de um Transtorno Psicótico Induzido por Substância. Foi sugerido que 9 em 10 alucinações não-auditivas são produtos de um Transtorno Psicótico Induzido por Substância ou de um Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral. Em comparação, os fatores que sugerem que os sintomas psicóticos são melhor explicados por um Transtorno Psicótico primário incluem persistência dos sintomas psicóticos por um período substancial de tempo (isto é, cerca de 1 mês) após o final da Intoxicação com Substância ou Abstinência aguda de Substância; o desenvolvimento de sintomas substancialmente excessivos aos que seriam esperados, tendo em vista o tipo ou quantidade da substância usada ou a duração do uso; ou uma história de transtornos

psicóticos primários recorrentes. Outras causas de sintomas psicóticos devem ser consideradas, mesmo em uma pessoa com Intoxicação ou Abstinência, porque os problemas pelo uso de substâncias não são incomuns entre as pessoas com Transtornos Psicóticos (presumivelmente) não induzidos por substância.

### Subtipos e Especificadores

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a apresentação sintomática predominante. Se tanto delírios quanto alucinações estão presentes, codificar o sintoma predominante:

Com Delírios. Este subtipo é usado se delírios são o sintoma predominante.

Com Alucinações. Este subtipo é usado se alucinações são o sintoma predominante. O contexto de desenvolvimento dos sintomas psicóticos pode ser indicado pelo uso de um dos especificadores abaixo:

Com Início Durante Intoxicação. Este especificador deve ser usado se são satisfeitos os critérios para intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

Com Início Durante Abstinência. Este especificador deve ser usado se os critérios para abstinência da substância são satisfeitos e se os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

### Procedimentos de Registro

O nome do Transtorno Psicótico Induzido por Substância inclui a substância específica (por ex., cocaína, metilfenidato, dexametasona) presumivelmente causadora dos sintomas psicóticos. O código diagnóstico é selecionado a partir da listagem de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes (por ex., dexametasona), o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, para medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado relacionando-se o código E apropriado no Eixo I (ver Apêndice G). O código para cada um dos Transtornos Psicóticos Induzidos por Substâncias específicos depende do predomínio de delírios ou alucinações na apresentação: 292.11 para Com Delírios e 292.12 para Com Alucinações, exceto no caso do álcool, para o qual o código é 291.5 para Com Delírios e 291.3 para Com Alucinações. O nome do transtorno (por ex., Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína; Transtorno Psicótico Induzido por Metilfenidato) é seguido pelo subtipo, indicando a apresentação sintomática predominante, e pelo especificador, indicando o contexto no qual se desenvolveram os sintomas (por ex., 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Com Delírios, Com Início Durante Intoxicação; 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Com Alucinações, Com Início Durante a Intoxicação). Quando mais de uma substância presumivelmente

exerce um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas psicóticos, cada uma deve ser listada em separado. Se o clínico considera que uma substância é o fator etiológico, mas a substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, aplica-se a categoria 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Substância Desconhecida, Com Delírios, ou 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Substância Desconhecida, Com Alucinações.

## Substâncias Específicas

Os Transtornos Psicóticos podem ocorrer em associação com intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e substâncias correlatas; cannabis; cocaína; alucinógenos; inalantes; opióides (meperidina); fenciclidina e substâncias correlatas; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Os Transtornos Psicóticos podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. O início do transtorno pode variar consideravelmente, dependendo da substância. Por exemplo, fumar uma alta dose de cocaína pode produzir psicose dentro de minutos, ao passo que podem ser necessários alguns dias ou semanas de uso de álcool ou sedativos em altas doses, para a produção de psicose. As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade. No Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Alucinações, Com Início Durante Abstinência, alucinações vívidas, persistentes e geralmente desagradáveis se desenvolvem logo após (em 48 horas) a cessação ou redução do consumo alcoólico. Este transtorno ocorre apenas após a ingestão pesada e prolongada de álcool, em pessoas com visível Dependência de Álcool. As alucinações auditivas geralmente consistem de vozes, mas também pode haver alucinações visuais ou táteis. Os Transtornos Psicóticos induzidos por intoxicação com anfetamina e cocaína compartilham aspectos clínicos similares. Os delírios persecutórios podem desenvolver-se rapidamente, após o uso de anfetamina ou de um simpaticomimético de ação similar. Uma distorção da imagem corporal e má percepção do rosto das pessoas podem ocorrer. Alucinações com insetos ou vermes que rastejam sobre ou sob a pele (formigamento) podem levar a arranhões e extensas escoriações cutâneas. O Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis pode desenvolver-se logo após o uso de cannabis e em geral envolve delírios persecutórios. O transtorno aparentemente é raro. Ansiedade acentuada, instabilidade emocional, despersonalização e subsequente amnésia para o episódio podem ocorrer. O transtorno geralmente apresenta remissão em um dia, mas, em alguns casos, pode persistir por vários dias. As alucinações associadas com a Intoxicação com Cannabis são raras, exceto quando são alcançados níveis sanguíneos muito altos. Os Transtornos Psicóticos Induzidos por Substâncias podem, por vezes, não se resolver prontamente com a remoção do agente nocivo. Há relatos de que agentes tais como anfetaminas, fenciclidina e cocaína provocam estados psicóticos temporários que às vezes podem persistir por semanas ou mais, apesar da remoção do agente e do tratamento com neurolépticos. Inicialmente, esses transtornos podem ser difíceis de distinguir de Transtornos Psicóticos não induzidos por substâncias. Alguns dos medicamentos que, conforme relatos, provocam sintomas psicóticos, incluem anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, medicamentos cardiovasculares e anti-hipertensivos, antimicrobianos,

antiparkinsonianos, agentes quimioterapêuticos (por ex., ciclosporina e procarbazona), corticosteróides, medicamentos gastrintestinais, relaxantes musculares, antiinflamatórios não-esteróides, outros medicamentos vendidos sem prescrição (por ex., fenilefrina, pseudoefedrina), antidepressivos e dissulfiram. As toxinas que induzem sintomas psicóticos, conforme relatos, incluem anticolinesterase, inseticidas organofosfatados, gases nervosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono e substâncias voláteis tais como combustíveis e tintas.

## Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância deve ser feito ao invés de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas psicóticos são considerados excessivos àqueles geralmente associados à síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Os indivíduos intoxicados com estimulantes, cannabis, meperidina ou fenciclidina, ou aqueles em abstinência de álcool ou sedativos, podem experimentar percepções alteradas (luzes cintilantes, sons, ilusões visuais), as quais reconhecem como sendo efeitos da droga. Se o teste de realidade para essas experiências permanece intacto (isto é, a pessoa reconhece que a percepção é induzida pela substância e não acredita nem atua segundo ela), o diagnóstico não é de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, mas de Intoxicação com Substância ou Abstinência, com Perturbações Perceptuais (por ex., Intoxicação com Cocaína, Com Perturbações Perceptuais). As alucinações em flashback, que podem ocorrer bastante tempo após a cessação do uso de alucinógenos, são diagnosticadas como Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógeno. Além disso, se os sintomas psicóticos induzidos por uma substância ocorrem exclusivamente durante o curso de um delírium, como nas formas mais severas da Abstinência de Álcool, os sintomas psicóticos são considerados como um aspecto associado do delírium e não são diagnosticados separadamente. Um Transtorno Psicótico Induzido por Substância devido a um tratamento prescrito para uma condição mental ou condição médica geral deve ter seu início enquanto a pessoa está recebendo o medicamento (ou durante a abstinência, se existe uma síndrome de abstinência associada com o medicamento). Com a suspensão do tratamento, os sintomas psicóticos geralmente apresentam remissão em alguns dias ou semanas (dependendo da meia-vida da substância e da presença de uma síndrome de abstinência). Caso os sintomas persistam além de 4 semanas, outras causas devem ser consideradas para os sintomas psicóticos. Uma vez que os indivíduos com condições médicas gerais freqüentemente tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de os sintomas psicóticos serem causados pelas conseqüências fisiológicas da condição médica geral ao invés do medicamento; neste caso, faz-se o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral. A história freqüentemente oferece a base primária para este julgamento. Ocasionalmente, uma mudança no tratamento para a condição médica geral (por ex., substituição ou descontinuação de medicamentos) pode ser necessária para determinar empiricamente, para essa pessoa, se o medicamento é o agente causador. Caso o médico se assegure de que a perturbação decorre tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, aplicam-se ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Psicótico Induzido por

Substância). Quando existem evidências insuficientes para determinar se os sintomas psicóticos se devem a uma substância (incluindo um medicamento) ou a uma condição médica geral ou se são primários (isto é, não devido a uma substância ou a uma condição médica geral), pode-se diagnosticar Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

### Critérios Diagnósticos para Transtorno Psicótico Induzido por Substância

A. Alucinações ou delírios proeminentes. Nota: Não incluir alucinações se a pessoa possui insight de que estas são induzidas por uma substância.

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):

(1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância.

(2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação

C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno Psicótico não induzido por substância podem incluir as seguintes características: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento); os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda, ou excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno Psicótico independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias).

Nota: Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

Codificar Transtorno Psicótico Induzido por [Substância Específica]:

- (F10.51 - 291.5 Álcool, Com Delírios;
- F10.51 - 291.3 Álcool, Com Alucinações;
- F15.51 - 292.11 Anfetamina [ou Substância Tipo Anfetamina], Com Delírios;
- F15.52 - 292.12 Anfetamina [ou Substância Tipo Anfetamina], Com Alucinações;
- F12.51 - 292.11 Cannabis, Com Delírios;

- F12.52 - 292.12 Cannabis, Com Alucinações;
- F14.51 - 292.11 Cocaína, Com Delírios;
- F14.52 - 292.12 Cocaína, Com Alucinações;
- F16.51 - 292.11 Alucinógenos, Com Delírios;
- F16.52 - 292.12 Alucinógenos, Com Alucinações;
- F11.51 - 292.11 Opióides, Com Delírios;
- F11.52 - 292.12 Opióides, Com Alucinações;
- F19.51 - 292.11 Fenciclidina [ou Substância Tipo Fenciclidina], Com Delírios;
- F19.52 - 292.12 Fenciclidina [ou Substância Tipo Fenciclidina], Com Alucinações;
- F13.51 - 292.11 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Delírios;
- F13.52 - 292.12 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Alucinações;
- F19.51 - 292.11 Outra Substância [ou Substância Desconhecida], Com Delírios;
- F19.52 - 292.12 Outra Substância [ou Substância Desconhecida], Com Alucinações).

Especificar se:

Com Início Durante Intoxicação: se são satisfeitos os critérios para Intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

Com Início Durante Abstinência: se são satisfeitos os critérios para Abstinência da substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

## **F29 - 298.9 Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

Esta categoria inclui uma sintomatologia psicótica (isto é, delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico) acerca da qual há informações inadequadas para fazer um diagnóstico específico ou sobre a qual existem informações contraditórias, ou transtornos com sintomas psicóticos que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Psicótico específico: Exemplos: 1. Psicose pós-parto que não satisfaz os critérios para Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância.

2. Sintomas psicóticos com duração inferior a 1 mês, mas que ainda não apresentaram remissão, de modo que os critérios para Transtorno Psicótico Breve não são satisfeitos

3. Alucinações auditivas persistentes na ausência de quaisquer outros aspectos. 4. Delírios não-bizarros persistentes, com períodos de episódios de humor sobrepostos, que estão presentes por uma porção substancial da perturbação delirante. 5. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de um Transtorno Psicótico, mas é incapaz

de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância.

## Transtornos do Humor

Para melhor entendimento, veja no quadro abaixo a sinópsse dos quadros relacionados aos Transtornos do Humor e, depois, consulte as descrições específicas.

- O Transtorno Depressivo Maior se caracteriza por um ou mais Episódios Depressivos Maiores (isto é, pelo menos 2 semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão).
- O Transtorno Distímico caracteriza-se por pelo menos 2 anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior.
- O Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão (ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).
- O Transtorno Bipolar I é caracterizado por um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores.
- O Transtorno Bipolar II caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhado por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.
- O Transtorno Ciclotímico é caracterizado por pelo menos 2 anos com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior.
- O Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer dos Transtornos Bipolares específicos definidos nesta seção (ou sintomas bipolares acerca dos quais há informações inadequadas ou contraditórias).
- Um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- Um Transtorno do Humor Induzido por Substância caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina.
- O Transtorno do Humor Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para



qualquer Transtorno do Humor específico, e nos quais é difícil escolher entre Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (por ex., agitação aguda).

Os especificadores descritos na terceira parte são oferecidos para aumentar a especificidade do diagnóstico, para criar grupos mais homogêneos, para auxiliar na seleção do tratamento e para melhorar a previsão do prognóstico. Alguns dos especificadores descrevem o episódio de humor atual (ou mais recente) (isto é, de Gravidade/Psicótico/de Remissão, Crônico, Com Características Catatônicas, Com Características Melancólicas, Com Características Atípicas, Com Início no Pós-Parto). A Tabela 1 indica os especificadores de gravidade que se aplicam a cada Transtorno do Humor codificável. Outros especificadores descrevem o curso dos episódios de humor recorrentes (isto é, Especificadores de Curso Longitudinal, Com Padrão Sazonal, Com Ciclagem Rápida). A Tabela 2 indica os especificadores de curso que se aplicam a cada Transtorno do Humor codificável. Os especificadores que indicam gravidade, remissão e características psicóticas podem ser codificados no quinto dígito do código diagnóstico, na maioria dos Transtornos do Humor. Os outros especificadores não podem ser codificados. A seção para Transtornos do Humor é organizada da maneira abaixo. Os itens em azul estão nesta página e os demais nas páginas seguintes.

- Episódios de Humor
- Episódio Depressivo Maior
- Episódio Maníaco Episódio Misto
- Episódio Hipomaníaco
- Transtornos Depressivos
- F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior
- F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico
- F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação
- Transtornos Bipolares
- F30.x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I
- F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II
- F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico
- F06.xx - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação
- Outros Transtornos do Humor
- F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- Transtorno do Humor Induzido por Substância
- F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação

Especificadores descrevendo o episódio de humor mais recente

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão

Parcial, Em Remissão Completa

Crônico

Com Características Catatônicas

Com Características Melancólicas

Com Características Atípicas

Com Início no Pós-Parto

Especificadores descrevendo o curso dos episódios recorrentes

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios)

Com Padrão Sazonal Com Ciclagem Rápida

Procedimentos de Registro para Transtorno Depressivo Maior e Transtornos Bipolar I e Bipolar II

Seleção de códigos diagnósticos. Os códigos diagnósticos são selecionados como a seguir:

Para Transtorno Depressivo Maior:

1. Os três primeiros dígitos são 296.

2. O quarto dígito é 2 (se existe apenas um único Episódio Depressivo Maior) ou 3 (se existem Episódios Depressivos Maiores recorrentes).

3. O quinto dígito indica:

1 para Leve,

2 para Moderado,

3 para Severo Sem Aspectos Psicóticos,

4 para Severo Com Aspectos Psicóticos,

5 para Em Remissão Parcial,

6 para Em Remissão Completa, e

0 para Inespecificado.

Para Transtorno Bipolar I:

1. Os primeiros três dígitos também são 296.

2. O quarto dígito é 0, se existe um único Episódio Maníaco; para episódios recorrentes, o quarto dígito é 4 se o episódio atual ou mais recente é um Episódio Hipomaníaco ou Episódio Maníaco, 6 se é um Episódio Misto, 5 se é um Episódio Depressivo Maior e 7 se o episódio atual ou mais recente é Inespecificado.

3. O quinto dígito (exceto para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco e Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado) indica:

1 para Leve,

2 para Moderado,

3 para Severo Sem Aspectos Psicóticos,

4 para Severo Com Aspectos Psicóticos,

5 para Em Remissão Parcial,

6 para Em Remissão Completa, e

0 se Inespecificado. Para o Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, o quinto dígito é sempre "0". Para Transtorno Bipolar, Episódio Mais Recente Inespecificado, não há quinto dígito.

Para Transtorno Bipolar II, o código diagnóstico é 296.89.

Registro do nome do diagnóstico.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser enumerados na seguinte ordem:

1. Nome do transtorno (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar).

2. Especificadores codificados no quarto dígito (por ex., Recorrente, Episódio Mais Recente Maníaco).

3. Especificadores codificados no quinto dígito (por ex., Leve, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial).

4. Tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao episódio mais recente (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início no Pós-Parto).

5. Tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso de episódios recorrentes (por ex., Com Padrão Sazonal, Com Ciclagem Rápida).

Os exemplos a seguir ilustram o registro de um diagnóstico de Transtorno do Humor com especificadores:

· 296.32 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Moderado, Com Características Atípicas, Com Padrão Sazonal, Com Recuperação Completa Entre Episódios.

· 296.54 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Severo Com Aspectos Psicóticos, Com Características Melancólicas, Com Ciclagem Rápida.

## **Episódio de Humor - Episódio Depressivo Maior**

### Características do Episódio

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um Episódio Depressivo Maior, a presença de um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos 2 semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. O humor em um Episódio Depressivo Maior frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa" (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser inicialmente negada, mas subsequente pode ser revelada pela entrevista (por ex., assinalando que o indivíduo parece prestes a chorar). Em alguns indivíduos que se queixam de se sentirem indiferentes ou ansiosos, a presença de um humor deprimido pode ser inferida a partir da expressão facial e do modo de portar-se. Alguns indivíduos salientam queixas somáticas (por ex., dores ou mazelas corporais) ao invés de sentimentos de tristeza. Muitos referem ou demonstram irritabilidade aumentada (por ex., raiva persistente, uma tendência para responder a eventos com ataques de ira ou culpando outros, ou um sentimento exagerado de frustração por questões menores). Em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento, ao invés de um humor triste ou abatido. Esta apresentação deve ser diferenciada de um padrão de

"criança mimada", que se irrita quando é frustrada. A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, "não se importar mais", ou a falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada agradável (Critério A2). Os membros da família frequentemente percebem retraimento social ou negligência de atividades agradáveis (por ex., um indivíduo que anteriormente era um ávido golfista deixa de jogar, uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo). Em alguns indivíduos, há uma redução significativa nos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual. O apetite geralmente está reduzido, sendo que muitos indivíduos sentem que precisam se forçar a comer. Outros, particularmente aqueles encontrados em contextos ambulatoriais, podem ter diminuição do apetite ou demonstrar uma avidez por alimentos específicos (por ex., doces ou outros carboidratos). Quando as alterações no apetite são severas (em qualquer direção), pode haver uma perda ou ganho significativos de peso, ou, em crianças, pode-se notar um fracasso em fazer os ganhos de peso esperados. (Critério A3). A perturbação do sono mais comumente associada com um Episódio Depressivo Maior é a insônia (Critério A4), tipicamente intermediária (isto é, despertar durante a noite, com dificuldade para voltar a dormir), ou terminal (isto é, despertar muito cedo, com incapacidade de conciliar o sono novamente). A insônia inicial (isto é, dificuldade para adormecer) também pode ocorrer. Com menor frequência, os indivíduos apresentam sonolência excessiva (hipersonia), na forma de episódios prolongados de sono noturno ou de sono durante o dia. Ocasionalmente, a razão pela qual o indivíduo busca tratamento pode ser a perturbação do sono. As alterações psicomotoras incluem agitação (por ex., incapacidade de ficar sentado quieto, ficar andando sem parar, agitar as mãos, puxar ou esfregar a pele, roupas ou outros objetos) ou retardo psicomotor (por ex., discurso, pensamento ou movimentos corporais lentificados; maiores pausas antes de responder; fala diminuída em termos de volume, inflexão, quantidade ou variedade de conteúdos, ou mutismo) (Critério A5). A agitação ou retardo psicomotor devem ser suficientemente severos para serem observáveis por outros, não representando meros sentimentos subjetivos. Diminuição da energia, cansaço e fadiga são comuns (Critério A6). O indivíduo pode relatar fadiga persistente sem esforço físico, e mesmo as tarefas mais leves parecem exigir um esforço substancial. Pode haver diminuição na eficiência para realizar tarefas. O indivíduo pode queixar-se, por exemplo, de que se lavar e se vestir pela manhã é algo exaustivo e pode levar o dobro do tempo habitual. O sentimento de desvalia ou culpa associado com um Episódio Depressivo Maior pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou rumações acerca de pequenos fracassos do passado (Critério 7). Esses indivíduos frequentemente interpretam mal eventos triviais ou neutros do cotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades. Um corretor imobiliário, por exemplo, pode culpar-se pelo seu fracasso em fazer vendas, mesmo quando há um colapso geral no mercado e os outros corretores também não conseguem vender. O sentimento de desvalia ou culpa pode assumir proporções delirantes (por ex., convicção de ser pessoalmente responsável pela pobreza que há no mundo). A auto-recriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais em consequência da depressão é muito comum e, a menos que seja delirante, não é considerada suficiente para satisfazer a este critério. Muitos indivíduos relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões (Critério A8). Essas pessoas podem mostrar-se

facilmente distraídas ou queixar-se de dificuldades de memória. Os indivíduos com atividades acadêmicas ou profissionais intelectualmente exigentes com frequência são incapazes de funcionar adequadamente, mesmo quando têm problemas leves de concentração (por ex., um programador de computadores não consegue mais realizar as tarefas complicadas que anteriormente realizava com perfeição). Em crianças, uma queda abrupta no rendimento escolar pode refletir uma fraca concentração. Em indivíduos idosos com um Episódio Depressivo Maior, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e ser confundidas com os sinais iniciais de uma demência ("pseudodemência"). Quando o Episódio Depressivo Maior é tratado com sucesso, os problemas de memória frequentemente apresentam recuperação completa. Em alguns indivíduos, entretanto, particularmente pessoas idosas, um Episódio Depressivo Maior pode às vezes ser a apresentação inicial de uma demência irreversível. Frequentemente, pode haver pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9). Esses pensamentos variam desde uma crença de que seria melhor estar morto, até pensamentos transitórios porém recorrentes sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. A frequência, intensidade e letalidade desses pensamentos podem ser bastante variáveis. Os indivíduos menos severamente suicidas podem relatar pensamentos transitórios (de 1 a 2 minutos) e recorrentes (uma ou duas vezes por semana). As pessoas mais severamente suicidas podem ter adquirido materiais (por ex., corda ou arma de fogo) para serem usados na tentativa de suicídio e podem ter estabelecido um local e momento em que estarão isolados dos outros, de modo a poderem completar o suicídio. Embora esses comportamentos estejam associados estatisticamente com tentativas de suicídio e possam ser úteis para a identificação de um grupo de alto risco, muitos estudos mostram que não é possível prever com precisão se ou quando determinado indivíduo com depressão tentará o suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir um desejo de desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis ou um intenso desejo de terminar com um estado emocional excruciantemente doloroso percebido pela pessoa como interminável. Um diagnóstico de Episódio Depressivo Maior não é feito se os sintomas satisfazem os critérios para um Episódio Misto (Critério B). Um Episódio Misto é caracterizado pela ocorrência de sintomas de um Episódio Maníaco e de um Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias por pelo menos uma semana. O grau de prejuízo associado com um Episódio Depressivo Maior varia, mas mesmo nos casos leves deve haver um sofrimento clinicamente significativo ou alguma interferência no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes (Critério C). Se o prejuízo é severo, a pessoa pode perder a capacidade de funcionar social ou profissionalmente. Em casos extremos, pode haver incapacidade de exercer os mínimos cuidados pessoais (por ex., alimentar-se ou vestir-se) ou de manter uma higiene pessoal mínima. Uma atenta entrevista é essencial para a obtenção dos sintomas de um Episódio Depressivo Maior. O relato pode estar comprometido por dificuldades na concentração, prejuízo de memória ou uma tendência a negar, minimizar ou justificar os sintomas. Informações de fontes adicionais podem ser especialmente úteis para o esclarecimento do curso de Episódios Depressivos Maiores atuais ou anteriores e para determinar a existência de quaisquer Episódios Maníacos ou Hipomaníacos. Uma vez que os Episódios Depressivos Maiores podem ter um início gradual, uma revisão das informações clínicas focalizada na pior parte do episódio atual tem maiores chances de detectar a presença de sintomas. A avaliação dos sintomas de um Episódio Depressivo Maior é especialmente difícil quando eles ocorrem em um indivíduo que também apresenta uma

condição médica geral (por ex., câncer, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, diabetes). Alguns dos critérios de um Episódio Depressivo Maior são idênticos aos sinais e sintomas característicos de condições médicas gerais (por ex., perda de peso com diabetes não tratada, fadiga com o câncer). Esses sintomas devem contar a favor de um Episódio Depressivo Maior, exceto quando são clara e completamente explicados por uma condição médica geral. Por exemplo, a perda de peso em uma pessoa com colite ulcerativa com muitos movimentos intestinais e pouco consumo alimentar não deve ser contada a favor de um Episódio Depressivo Maior. Por outro lado, quando tristeza, culpa, insônia ou perda de peso estão presentes em uma pessoa com um infarto do miocárdio recente, os sintomas devem contar a favor de um Episódio Depressivo Maior, porque não são clara e completamente explicados pelos efeitos fisiológicos do infarto do miocárdio. De forma similar, quando os sintomas se devem claramente a delírios ou alucinações incongruentes com o humor (por ex., uma perda de 15 quilos relacionada a não comer em razão de um delírio de que o alimento está sendo envenenado), esses sintomas não devem contar para um Episódio Depressivo Maior. Por definição, um Episódio Depressivo Maior não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por ex., Intoxicação com Álcool ou Abstinência de Cocaína), aos efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos (por ex., esteróides) ou à exposição a uma toxina. Da mesma forma, o episódio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo) (Critério D). Além disso, se os sintomas começam dentro de 2 meses após a perda de um ente querido e não persistem além desses 2 meses, eles geralmente são considerados decorrência do Luto, a menos que estejam associados com acentuado prejuízo funcional ou incluam preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (Critério E).

## Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser usados para descrever o Episódio Depressivo Maior atual (ou, se os critérios para Transtorno Depressivo Maior não são satisfeitos atualmente, o Episódio Depressivo Maior mais recente):

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Com Início no Pós-Parto.

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de episódios e a presença de sintomatologia entre episódios, para Transtorno Depressivo Maior,

Recorrente: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios). Com Padrão Sazonal.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com um Episódio Depressivo Maior frequentemente apresentam propensão ao choro, irritabilidade, ruminação obsessiva, ansiedade, fobias, preocupação com a saúde física e queixas de dores (por ex., cefaléias ou dores nas articulações, abdômen ou outras). Durante um Episódio Depressivo Maior, alguns indivíduos têm Ataques de Pânico que ocorrem segundo um padrão que satisfaz os critérios para Transtorno de Pânico. Em crianças, pode ocorrer ansiedade de separação. Alguns indivíduos observam dificuldade nos relacionamentos íntimos, diminuição das interações sociais satisfatórias ou dificuldades no funcionamento sexual (por ex., anorgasmia nas mulheres ou disfunção erétil nos homens). Pode haver problemas conjugais (por ex., divórcio), profissionais (por ex., perda do emprego) ou acadêmicos (por ex., faltas, repetência), Abuso de Álcool ou Outras Substâncias, ou maior utilização de serviços médicos. A consequência mais séria de um Episódio Depressivo Maior é a tentativa de suicídio ou o suicídio completado. O risco de suicídio é especialmente alto para indivíduos com aspectos psicóticos, uma história de tentativas anteriores de suicídio, história familiar de suicídios completados ou uso concomitante de substâncias. Também pode haver um índice superior de morte prematura por condições médicas gerais. Os Episódios Depressivos Maiores frequentemente se seguem a estressores psicossociais (por ex., morte de um ente querido, separação conjugal, divórcio). O parto pode precipitar um Episódio Depressivo Maior, e neste caso anota-se o especificador Com Início no Pós-Parto.

## Achados laboratoriais associados.

Não foram identificados achados laboratoriais diagnósticos de um Episódio Depressivo Maior. Entretanto, diversos achados laboratoriais anormais foram encontrados em indivíduos com Episódios Depressivos Maiores, em comparação com sujeitos de controle. Aparentemente, as mesmas anormalidades laboratoriais estão associadas com um Episódio Depressivo Maior, não importando se o episódio faz parte de um Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Bipolar II. A maior parte das anormalidades laboratoriais é dependente do estado (isto é, afetada pela presença ou ausência de sintomas depressivos), mas alguns desses achados podem preceder o início do episódio ou persistir após sua remissão. Os testes laboratoriais tendem mais a ser anormais em episódios com características melancólicas ou psicóticas e em indivíduos mais severamente deprimidos. Anormalidades do EEG podem aparecer em 40 a 60% dos pacientes ambulatoriais e em até 90% dos pacientes internados com um Episódio Depressivo Maior. Os achados associados mais frequentes da polissonografia incluem: 1) perturbações na continuidade do sono, tais como latência de sono prolongada, despertares intermitentes aumentados e despertar nas primeiras horas da manhã; 2) redução dos estágios 3 e 4 (sono de ondas lentas) do sono de movimentos



oculares não-rápidos (NREM), com um deslocamento da atividade de ondas lentas para longe do primeiro período NREM; 3) latência REM diminuída (isto é, menor duração do primeiro período NREM); 4) maior atividade REM fásica (isto é, o número de movimentos oculares presentes durante o sono REM); e 5) maior duração do sono REM no início da noite. Algumas evidências sugerem que essas anormalidades do sono às vezes persistem após a remissão clínica ou podem preceder o início do primeiro Episódio Depressivo Maior. Os neurotransmissores implicados na fisiopatologia do Episódio Depressivo Maior incluem norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina e ácido gama-aminobutírico. As evidências implicando esses neurotransmissores incluem medições de seus níveis no sangue, liquor ou urina e funcionamento dos receptores plaquetários. Outros testes laboratoriais que demonstram anormalidades incluem o teste de supressão da dexametasona, outros desafios neuroendócrinos, imagens funcionais e estruturais do cérebro, potenciais evocados e EEG de vigília.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

A cultura pode influenciar a experiência e comunicação dos sintomas depressivos. O subdiagnóstico ou o diagnóstico incorreto podem ser reduzidos por uma maior atenção à especificidade étnica e cultural das queixas apresentadas em um Episódio Depressivo Maior. Por exemplo, em algumas culturas, a depressão pode ser amplamente vivenciada em termos somáticos, ao invés de tristeza ou culpa. A experiência depressiva pode ser expressa através de queixas de "nervosismo" e dores de cabeça (nas culturas latinas e mediterrâneas), de fraqueza, cansaço ou "desequilíbrio" (nas culturas chinesa e asiáticas), de problemas do "coração" (nas culturas do Oriente Médio) ou de "coração partido" (entre os índios hopi americanos). Estas apresentações combinam características dos Transtornos Depressivo, de Ansiedade e Somatoforme. O julgamento acerca da seriedade da experiência ou da expressão de disforia também varia entre as culturas (por ex., irritabilidade pode promover maior preocupação do que tristeza ou retraimento). Experiências culturalmente distintas (por ex., medo de estar enfeitado, sensações de "cabeça quente", sensações de insetos ou vermes rastejando sobre a pele ou sensações vívidas de ser visitado pelos mortos) devem ser distinguidas das alucinações ou delírios que podem fazer parte de um Episódio Depressivo Maior, Com Aspectos Psicóticos. Também é imperativo que o clínico não ignore rotineiramente um sintoma apenas porque este é visto como "normal" para determinada cultura. Os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior são os mesmos para crianças e adolescentes, embora existam dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar com a idade. Certos sintomas tais como queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social são particularmente comuns em crianças, enquanto o retardo psicomotor, hipersonia e delírios são menos comuns na pré-puberdade do que na adolescência e idade adulta. Em crianças pré-púberes, os Episódios Depressivos Maiores ocorrem mais freqüentemente em conjunção com outros transtornos mentais (especialmente Transtornos de Déficit de Atenção e do Comportamento Diruptivo e Transtornos de Ansiedade) do que isoladamente. Em adolescentes, os Episódios Depressivos Maiores freqüentemente estão associados com Transtornos do Comportamento Diruptivo, Transtornos de Déficit de Atenção, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Alimentares. Nos adultos idosos, pode haver um predomínio particular de sintomas cognitivos (por ex.,

desorientação, perda de memória e distração). Uma porção significativa das mulheres relata uma piora dos sintomas de um Episódio Depressivo Maior alguns dias antes do início da menstruação. Estudos indicam que episódios depressivos ocorrem com frequência duas vezes maior em mulheres do que em homens. Consultar as seções correspondentes dos textos para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II para informações específicas relativas ao gênero.

## Curso

Os sintomas de um Episódio Depressivo Maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Um período prodromico que pode incluir sintomas de ansiedade e leves sintomas depressivos pode durar de semanas a meses antes do início de um Episódio Depressivo Maior completo. A duração de um Episódio Depressivo Maior também é variável. Um episódio não-tratado tipicamente dura 6 meses ou mais, não importando a idade de início. Na maioria dos casos, existe a remissão completa dos sintomas, retornando o funcionamento ao nível pré-mórbido normal. Em uma porção significativa dos casos (talvez 20 a 30%), alguns sintomas depressivos, insuficientes para o pleno atendimento aos critérios para um Episódio Depressivo Maior, podem persistir por meses a anos e estar associados com alguma incapacitação ou sofrimento (neste caso pode-se anotar o especificador Em Remissão Parcial). A remissão parcial após um Episódio Depressivo Maior parece ser preditiva de um padrão similar após episódios subseqüentes. Em alguns indivíduos (5 a 10%), todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior ainda são satisfeitos após 2 anos ou mais (neste caso pode-se anotar o especificador Crônico).

## Diagnóstico Diferencial

Um Episódio Depressivo Maior deve ser distinguido de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado será de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, se a perturbação do humor for considerada a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta determinação baseia-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se tanto um Episódio Depressivo Maior quanto uma condição médica geral estão presentes mas o médico julga que os sintomas depressivos não são a consequência fisiológica direta da condição médica geral, então o Transtorno do Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior) e a condição médica geral é registrada no Eixo III (por ex., infarto do miocárdio). Isto ocorre, por exemplo, quando um Episódio Depressivo Maior é considerado a consequência psicológica direta do fato de ter uma condição médica geral, ou não existe uma relação etiológica entre o Episódio Depressivo Maior e a condição médica geral. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é distinguido de um Episódio Depressivo Maior pelo fato de que uma substância (droga de abuso, medicamento ou toxina) está etiológicamente relacionada à perturbação do humor. Por exemplo, o humor deprimido que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína seria diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por

Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Abstinência. Em pessoas idosas, frequentemente é difícil determinar se os sintomas cognitivos (por ex., desorientação, apatia, dificuldade de concentração, perda de memória) são melhor explicados por uma demência ou por um Episódio Depressivo Maior. Uma completa avaliação médica e uma determinação do início da perturbação, seqüência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, curso da doença e resposta ao tratamento são úteis para esta determinação. O estado pré-mórbido do indivíduo pode ajudar a diferenciar entre um Episódio Depressivo Maior e uma demência. Nesta, existe geralmente uma história pré-mórbida de declínio das funções cognitivas, ao passo que o indivíduo com um Episódio Depressivo Maior está muito mais propenso a ter um estado pré-mórbido relativamente normal e um abrupto declínio cognitivo associado à depressão. Os Episódios Depressivos Maiores com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir de Episódios Maníacos com humor irritável ou de Episódios Mistos. Esta distinção requer uma criteriosa avaliação da presença de sintomas maníacos. Caso sejam satisfeitos os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior (exceto a duração de 2 semanas), quase todos os dias, por um período mínimo de 1 semana, isto constitui um Episódio Misto. A distratibilidade e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer tanto no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade quanto no Transtorno Depressivo Maior. Caso sejam satisfeitos os critérios para ambos, o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade deve ser diagnosticado, além do Transtorno do Humor. Entretanto, o clínico deve ter cautela para não superdiagnosticar um Episódio Depressivo Maior nas crianças com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, cuja perturbação do humor se caracteriza mais por irritabilidade do que por tristeza ou perda do interesse. Um Episódio Depressivo Maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial é diferenciado de um Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido pelo fato de que no Transtorno de Ajustamento não são satisfeitos todos os critérios para Episódio Depressivo Maior. Após a perda de um ente querido, mesmo que os sintomas depressivos tenham duração e número suficientes para satisfazerem os critérios para um Episódio Depressivo Maior, eles devem ser atribuídos ao Luto, ao invés de Episódio Depressivo Maior, a menos que persistam por mais de 2 meses ou incluam prejuízo funcional acentuado, preocupação pré-mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. Finalmente, períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses períodos não devem ser diagnosticados como Episódio Depressivo Maior, a menos que sejam satisfeitos os critérios de gravidade (isto é, cinco dos nove sintomas), duração (isto é, na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos 2 semanas) e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. O diagnóstico de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação pode aplicar-se a apresentações de humor deprimido com prejuízo clinicamente significativo que não satisfazem os critérios de duração ou gravidade.

### Critérios para Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior;

pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto

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

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

## Transtornos do Humor

A seção para Transtornos do Humor é organizada da maneira abaixo. Os itens em azul estão nesta página e os demais nas páginas seguintes ou anterior.

- Episódios de Humor
- Episódio Depressivo Maior
- Episódio Maníaco
- Episódio Misto
- Episódio Hipomaníaco
- Transtornos Depressivos
- F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior
- F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico
- F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação
- Transtornos Bipolares
- F30.x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I
- F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II
- F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico
- F06.xx - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação
- Outros Transtornos do Humor
- F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- Transtorno do Humor Induzido por Substância
- F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação

### Episódio Maníaco

#### Características do Episódio

Um Episódio Maníaco é definido por um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Este período de humor anormal deve durar pelo menos 1 semana (ou menos, se a hospitalização for exigida) (Critério A). A perturbação do humor deve ser acompanhada por pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, distraibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas. Se o humor for irritável (ao invés de elevado ou expansivo), pelo menos quatro dos sintomas acima devem estar presentes (Critério B). Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto, que se caracteriza pelos sintomas tanto de um Episódio Maníaco quanto de um Episódio Depressivo Maior, ocorrendo quase todos os dias, por pelo menos uma semana (Critério C). A perturbação deve ser

suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização, ou é marcada pela presença de aspectos psicóticos (Critério D). O episódio não deve decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, um medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão (por ex., terapia eletroconvulsiva ou fototerapia) ou exposição a toxina. O episódio também não deve decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., esclerose múltipla, tumor cerebral) (Critério E). O humor elevado de um Episódio Maníaco pode ser descrito como eufórico, incomumente bom, alegre ou excitado. Embora o humor da pessoa possa de início ter uma qualidade contagiante para o observador sem envolvimento, ele é reconhecido como excessivo por quem conhece bem a pessoa. A qualidade expansiva do humor é caracterizada por entusiasmo incessante e indiscriminado por interações interpessoais, sexuais ou profissionais. Por exemplo, o indivíduo pode espontaneamente entabular longas conversas com estranhos em locais públicos, ou um vendedor pode telefonar a estranhos em suas casas de madrugada para iniciar suas vendas. Embora o humor elevado seja considerado o sintoma prototípico, a perturbação predominante do humor pode ser irritabilidade, particularmente quando os desejos da pessoa são frustrados. A instabilidade do humor (por ex., alternância entre euforia e irritabilidade) é vista com frequência. A auto-estima inflada tipicamente está presente, indo desde uma autoconfiança sem crítica até uma acentuada grandiosidade que pode alcançar proporções delirantes (Critério B1). Os indivíduos podem oferecer conselhos sobre questões acerca das quais não possuem qualquer conhecimento especial (por ex., como administrar as Nações Unidas). Apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode começar a escrever um romance, compor uma sinfonia ou buscar publicidade para alguma invenção tola. Os delírios grandiosos são comuns (por ex., ter um relacionamento especial com Deus ou com alguma figura pública do mundo político, religioso ou artístico). Quase que invariavelmente, existe uma diminuição da necessidade de sono (Critério B2). A pessoa em geral desperta várias horas antes do horário habitual, sentindo-se cheia de energia. Quando a perturbação do sono é severa, a pessoa pode passar dias sem dormir e, ainda assim, não sentir cansaço. A fala maníaca é tipicamente pressionada, alta, rápida e difícil de interromper (Critério B3). Os indivíduos podem falar ininterruptamente, às vezes por horas a fio, sem consideração para com o desejo de comunicação de outras pessoas. A fala por vezes se caracteriza por trocadilhos, piadas e bobagens divertidas. O indivíduo pode tornar-se teatral, apresentando maneirismos dramáticos e cantando. Os sons podem governar a escolha de palavras mais do que os nexos contextuais significativos (reverberação). Se o humor da pessoa for mais irritável do que expansivo, a fala pode ser marcada por queixas, comentários hostis ou tiradas coléricas. Os pensamentos do indivíduo podem correr, frequentemente, a uma velocidade maior do que pode ser articulada (Critério B4). Alguns indivíduos com Episódios Maníacos afirmam que esta experiência assemelha-se a assistir a dois ou três programas de televisão simultaneamente. Com frequência, existe fuga de idéias, evidenciada por um fluxo de fala quase contínuo e acelerado, com mudanças abruptas de um assunto para outro. Por exemplo, enquanto fala sobre um possível negócio de venda de computadores, um vendedor pode começar a discorrer minuciosamente sobre a história do chip de computador, sobre a revolução industrial ou matemática aplicada. Quando a fuga de idéias é severa, o discurso pode tornar-se desorganizado e incoerente. A distratibilidade (Critério B5) é evidenciada por uma incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes (por ex., a gravata do

entrevistador, ruídos ou conversas de fundo, ou os móveis da sala). Pode haver redução da capacidade de diferenciar entre pensamentos pertinentes ao assunto e pensamentos de pouca relevância ou nitidamente irrelevantes. O aumento da atividade dirigida a objetivos freqüentemente envolve excessivo planejamento e participação de múltiplas atividades (por ex., sexuais, profissionais, políticas e religiosas) (Critério B6). Um aumento do impulso, fantasias e comportamento sexual em geral está presente. A pessoa pode assumir simultaneamente múltiplos novos empreendimentos profissionais, sem levar em consideração possíveis riscos ou a necessidade de completar cada uma dessas investidas a contento. Quase que invariavelmente, existe um aumento da sociabilidade (por ex., renovar antigas amizades ou telefonar para amigos ou até mesmo estranhos a qualquer hora do dia ou da noite), sem consideração quanto à natureza intrusiva, dominadora e exigente dessas interações. Os indivíduos freqüentemente exibem agitação ou inquietação psicomotora, andando sem parar ou mantendo múltiplas conversas simultaneamente (por ex., por telefone e pessoalmente, ao mesmo tempo). Alguns indivíduos escrevem uma torrente de cartas sobre muitos assuntos diferentes para amigos, figuras públicas ou meios de comunicação. Expansividade, otimismo injustificado, grandiosidade e fraco julgamento freqüentemente levam ao envolvimento imprudente em atividades prazerosas tais como surtos de compras, direção imprudente, investimentos financeiros tolos e comportamento sexual incomum para a pessoa, apesar das possíveis conseqüências dolorosas destas atividades (Critério B7). O indivíduo pode comprar objetos desnecessários (por ex., 20 pares de sapatos, antigüidades caras) sem ter dinheiro para pagar por eles. O comportamento sexual incomum pode incluir infidelidade ou encontros sexuais indiscriminados com estranhos. O comprometimento resultante da perturbação pode ser suficientemente severo para causar acentuado prejuízo no funcionamento ou para exigir a hospitalização, com o fim de proteger o indivíduo das conseqüências negativas das ações resultantes do fraco julgamento (por ex., perdas financeiras, atividades ilegais, perda do emprego, comportamento agressivo). Por definição, a presença de aspectos psicóticos durante um Episódio Maníaco representa um acentuado prejuízo no funcionamento (Critério D). Sintomas como os que são vistos no Episódio Maníaco podem decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de medicamentos antidepressivos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia ou medicamentos prescritos para outras condições médicas gerais (por ex., corticosteróides). Estas apresentações não são consideradas Episódios Maníacos e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I. Por exemplo, se uma pessoa com Transtorno Depressivo Maior recorrente desenvolve sintomas maníacos após um curso de medicamento antidepressivo, o episódio é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Características Maníacas, sem alteração do diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior para Transtorno Bipolar I. Algumas evidências sugerem a possível existência de uma "diátese" bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios tipo maníacos após o tratamento somático para a depressão. Esses indivíduos podem ter uma probabilidade aumentada para futuros Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos não relacionados a substâncias ou tratamentos somáticos para a depressão. Esta consideração pode ser especialmente importante no caso de crianças e adolescentes.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com um Episódio Maníaco com frequência não reconhecem que estão doentes e resistem às tentativas de tratamento. Eles podem viajar impulsivamente para outras cidades, perdendo contato com parentes e responsáveis; podem modificar seu vestuário, maquiagem ou aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou dramaticamente exuberante, que não lhes é próprio; também podem envolver-se em atividades desorganizadas ou bizarras (por ex., distribuir doces, dinheiro ou conselhos a estranhos que passam na rua). Jogos de azar e comportamentos anti-sociais podem acompanhar o Episódio Maníaco. As preocupações éticas podem ser desconsideradas, mesmo por indivíduos tipicamente bastante conscienciosos (por ex., um corretor da bolsa de valores compra e vende ações impropriamente, sem conhecimento ou permissão do cliente; um cientista apodera-se de descobertas alheias). O indivíduo pode mostrar-se hostil e fisicamente ameaçador para com outros. Alguns indivíduos, especialmente aqueles com aspectos psicóticos, podem tornar-se fisicamente agressivos ou suicidas. As conseqüências adversas de um Episódio Maníaco (por ex., hospitalização compulsória, dificuldades legais ou sérias dificuldades financeiras) frequentemente decorrem do fraco julgamento e hiperatividade. Cessado o Episódio Maníaco, a maioria destes indivíduos arrepende-se pelos comportamentos nos quais se envolveram durante o Episódio Maníaco. Alguns indivíduos descrevem um sentido muito mais aguçado de olfato, audição ou visão (por ex., as cores parecem muito vivas). Quando há sintomas catatônicos (por ex., estupor, mutismo, negativismo e posturas) presentes, pode-se indicar o especificador Com Características Catatônicas. O humor pode mudar rapidamente para raiva ou depressão. Os sintomas depressivos podem durar momentos, horas ou, mais raramente, dias. Não é rara a ocorrência simultânea de sintomas depressivos e sintomas maníacos. Caso haja proeminência de critérios tanto para Episódio Depressivo Maior quanto para Episódio Maníaco, todos os dias por pelo menos 1 semana, o episódio é considerado como Episódio Misto. À medida que se desenvolve o Episódio Maníaco, frequentemente ocorre um aumento substancial no uso de álcool ou estimulantes, que podem exacerbá-lo ou prolongá-lo. Achados laboratoriais associados. Nenhum achado laboratorial diagnóstico de um Episódio Maníaco foi identificado. Entretanto, uma variedade de achados laboratoriais anormais foi encontrada em grupos de indivíduos com Episódios Maníacos, em comparação com sujeitos-controle. Os achados laboratoriais nos episódios Maníacos incluem anormalidades polissonográficas, aumento da secreção de cortisol e ausência de não-supressão de dexametasona. Pode haver anormalidades envolvendo os sistemas dos neurotransmissores, norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina ou ácido gama-aminobutírico, demonstradas por estudos de metabólitos de neurotransmissores, de funcionamento de receptores, de provocação farmacológica e de função neuroendócrina.

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As considerações culturais sugeridas para os Episódios Depressivos Maiores também são relevantes aos Episódios Maníacos. Os Episódios Maníacos em adolescentes tendem mais a incluir características psicóticas e podem estar associados



com gazetas à escola, comportamento anti-social, repetência ou uso de substâncias. Uma minoria significativa de adolescentes parece ter uma história de problemas de comportamento de longa data que precedem o início de um Episódio Maníaco franco. Não está claro se esses problemas representam um pródromo prolongado para o Transtorno Bipolar ou um transtorno independente. Apresentamos informações específicas relativas ao gênero nas seções correspondentes dos textos para Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II.

## Curso

A idade média de início para o primeiro Episódio Maníaco ocorre logo após os 20 anos, mas alguns casos iniciam na adolescência e outros após os 50 anos. Os Episódios Maníacos têm tipicamente um início súbito, com rápido aumento dos sintomas dentro de poucos dias. Com frequência, os Episódios Maníacos ocorrem após estressores psicossociais. Os episódios geralmente duram de algumas semanas a vários meses, são mais breves e terminam mais abruptamente do que os Episódios Depressivos Maiores. Em muitos casos (50 a 60%), um Episódio Depressivo Maior imediatamente precede ou segue um Episódio Maníaco, sem um período de eutimia neste intervalo. Se o Episódio Maníaco ocorre no período pós-parto, pode haver um risco aumentado para recorrência em períodos pós-parto subsequentes, e aplica-se o especificador Com Início no Pós-Parto.

## Padrão Familiar

O Transtorno Depressivo Maior é 1,5 a 3 vezes mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com este transtorno do que na população geral. Existem evidências de um risco aumentado de Dependência de Álcool em parentes biológicos em primeiro grau adultos, e pode haver uma incidência maior de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade nos filhos de adultos com este transtorno.

## Diagnóstico Diferencial

Um Episódio Maníaco deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral se a perturbação do humor é considerada a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, tumor cerebral, síndrome de Cushing). Esta determinação está baseada na história, achados laboratoriais ou no exame físico. Caso o clínico considere que os sintomas maníacos não são a consequência direta da condição médica geral, então o Transtorno do Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Bipolar I) e a condição médica geral é registrada no Eixo III (por ex., infarto do miocárdio). Um início tardio do primeiro Episódio Maníaco (por ex., após os 50 anos) deve alertar o clínico quanto à possibilidade de uma etiologia envolvendo uma

condição médica geral ou uso de substância. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Episódio Maníaco pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) tem relação etiológica com a perturbação do humor. Sintomas como os que são vistos em um Episódio Maníaco podem ser precipitados por uma droga de abuso (por ex., sintomas maníacos que ocorrem apenas no contexto da intoxicação com cocaína seriam diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Maníacas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como aqueles vistos em um Episódio Maníaco também podem ser precipitados por um tratamento antidepressivo com medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Esses episódios também são diagnosticados como Transtornos do Humor Induzidos por Substância (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Maníacas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Maníacas). Os Episódios Maníacos devem ser diferenciados de Episódios Hipomaníacos. Embora Episódios Maníacos e Episódios Hipomaníacos tenham uma lista idêntica de sintomas característicos, a perturbação nos Episódios Hipomaníacos não é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização. Alguns Episódios Hipomaníacos evoluem para Episódios Maníacos completos. Episódios Depressivos Maiores com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir de Episódios Maníacos com humor irritável ou de Episódios Mistos. Esta determinação exige uma atenta avaliação clínica da presença de sintomas maníacos. Caso sejam satisfeitos os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias, por um período mínimo de 1 semana, isto constitui um Episódio Misto. O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e um Episódio Maníaco são ambos caracterizados por atividade excessiva, comportamento impulsivo, fraco julgamento e negação dos problemas. O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade é diferenciado do Episódio Maníaco por seu início precoce característico (isto é, antes dos 7 anos), curso crônico ao invés de episódico, ausência de inícios e remissões relativamente claros, e ausência de humor anormalmente expansivo ou elevado ou de aspectos psicóticos.

### Critérios para Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)

(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo

(5) distraibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos)

C. Os sintomas não satisfazem os critérios para Episódio Misto

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo). Nota: Episódios tipo maníacos nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

## **Episódio Misto**

### Características do Episódio

Um Episódio Misto caracteriza-se por um período de tempo (no mínimo 1 semana) durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior, quase todos os dias (Critério A). O indivíduo experimenta uma rápida alternância do humor (tristeza, irritabilidade, euforia), acompanhada dos sintomas de um Episódio Maníaco e de um Episódio Depressivo Maior. A apresentação sintomática freqüentemente envolve agitação, insônia, desregulação do apetite, aspectos psicóticos e pensamento suicida. A perturbação deve ser suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização, ou é marcada pela presença de aspectos psicóticos (Critério B). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo) (Critério C). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Misto podem ser decorrentes dos efeitos diretos de medicamentos antidepressivos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia ou medicamentos prescritos para outras condições médicas gerais (por ex., corticosteróides). Essas

apresentações não são consideradas Episódios Mistos e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I. Se uma pessoa com Transtorno Depressivo Maior recorrente, por exemplo, desenvolve um quadro sintomático misto durante um tratamento com medicamentos antidepressivos, o diagnóstico do episódio é de Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Características Mistadas, não se modificando o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior para Transtorno Bipolar I. Algumas evidências sugerem a possível existência de uma "diátese" bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios tipo misto após o tratamento somático para a depressão. Esses indivíduos podem ter uma maior probabilidade de futuros Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos não relacionados a substâncias ou tratamentos somáticos para a depressão. Esta consideração pode ser especialmente importante no caso de crianças e adolescentes.

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas de um Episódio Misto são similares às daquelas dos Episódios Maníacos e Episódios Depressivos Maiores. Os indivíduos podem apresentar pensamento ou comportamento desorganizado. Uma vez que os indivíduos com Episódios Mistos experimentam mais disforia do que aqueles com Episódios Maníacos, eles podem estar mais propensos a buscar auxílio. Achados laboratoriais associados. Os achados laboratoriais para o Episódio Misto não foram bem estudados, embora as atuais evidências sugiram achados fisiológicos e endócrinos similares aos encontrados em Episódios Depressivos Maiores severos.

### Características Específicas à Idade e ao Gênero

As considerações culturais sugeridas para Episódios Depressivos Maiores são relevantes também aos Episódios Mistos. Os Episódios Mistos parecem ser mais comuns em indivíduos mais jovens e naqueles com mais de 60 anos com Transtorno Bipolar e talvez sejam mais comuns em homens do que em mulheres.

### Curso

Os Episódios Mistos podem evoluir a partir de um Episódio Maníaco ou de um Episódio Depressivo Maior ou podem surgir como algo novo. Por exemplo, o diagnóstico pode ser mudado de Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, no caso de um indivíduo com 3 semanas de sintomas maníacos seguidos por uma semana de sintomas tanto maníacos quanto depressivos. Os Episódios Mistos podem durar de semanas a alguns meses, apresentando remissão para um período com poucos ou nenhum sintoma ou evoluindo para um Episódio Depressivo Maior. Mais raramente, um Episódio Misto evolui para um Episódio Maníaco.

## Diagnóstico Diferencial

Um Episódio Misto deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral se a perturbação do humor é considerada a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, tumor cerebral, síndrome de Cushing). Esta determinação é fundamentada na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas mistos (maníacos e depressivos) não são a consequência fisiológica direta da condição médica geral, então se registra o Transtorno do Humor primário no Eixo I (por ex., Transtorno Bipolar I) e a condição médica geral no Eixo III (por ex., infarto do miocárdio). Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Episódio Misto pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está supostamente relacionada, em termos etiológicos, com a perturbação do humor. Sintomas como os que são vistos em um Episódio Misto podem ser precipitados pelo uso de uma droga de abuso (por ex., os sintomas mistos, maníacos e depressivos, que ocorrem apenas no contexto da intoxicação com cocaína, seriam diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Mistas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Misto também podem ser precipitados por um tratamento antidepressivo tal como medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios também são diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Mistas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Mistas). Episódios Depressivos Maiores com humor irritável proeminente e Episódios Maníacos com humor irritável proeminente podem ser difíceis de diferenciar de Episódios Mistos. Esta determinação exige uma atenta avaliação clínica da presença simultânea dos sintomas característicos tanto de um Episódio Maníaco quanto de um Episódio Depressivo Maior completos (exceto pela duração). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Episódio Misto são ambos caracterizados por atividade excessiva, comportamento impulsivo, fraco julgamento e negação dos problemas. O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade é diferenciado de um Episódio Misto por sua idade caracteristicamente precoce de início (isto é, antes dos 7 anos), curso crônico ao invés de episódico, ausência de inícios e remissões relativamente claros e ausência de um humor anormalmente expansivo ou elevado ou de aspectos psicóticos. As crianças com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade também apresentam, ocasionalmente, sintomas depressivos tais como baixa auto-estima e tolerância à frustração. Caso se satisfaçam os critérios para ambos, o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade pode ser diagnosticado, além do Transtorno do Humor.

## Critérios para Episódio Misto

A. Satisfazem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco quanto para Episódio Depressivo Maior (exceto pela duração), quase todos os dias, durante um período mínimo de 1 semana.

B. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais costumeiras ou relacionamentos com outros, ou para exigir a hospitalização para prevenir danos ao indivíduo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

Nota: Episódios tipo mistos causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamento, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

## **Episódio Hipomaníaco**

### Características do Episódio

Um Episódio Hipomaníaco é definido como um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 4 dias (Critério A). O período de humor anormal deve ser acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui auto-estima inflada ou grandiosidade (não-delirante), necessidade de sono diminuída, pressão da fala, fuga de idéias, distraibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (Critério B). Se o humor é irritável ao invés de elevado ou expansivo, pelo menos quatro dos sintomas anteriores devem estar presentes. Esta lista de sintomas adicionais é idêntica àquela que define o Episódio Maníaco, exceto pela ausência de delírios ou alucinações. O humor durante um Episódio Hipomaníaco deve estar nitidamente diferente do humor não-deprimido habitual do indivíduo, e deve haver uma nítida alteração no funcionamento, que não é característica do funcionamento habitual do indivíduo (Critério C). Uma vez que as alterações no humor e funcionamento devem ser observáveis por outros (Critério D), a avaliação deste critério frequentemente exigirá a entrevista de outros informantes (por ex., membros da família). A história obtida a partir de outros informantes é particularmente importante na avaliação de adolescentes. Comparado com um Episódio Maníaco, um Episódio Hipomaníaco não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização, nem existem características psicóticas (Critério E). A alteração no funcionamento em alguns indivíduos pode assumir a forma de um aumento acentuado na eficiência, realizações ou criatividade. Entretanto, em outros, a hipomania pode causar algum prejuízo social ou ocupacional. A perturbação do humor e outros sintomas não devem ser decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, de um medicamento, outro tratamento para a depressão (terapia eletroconvulsiva ou terapia com luzes) ou

exposição a uma toxina. O episódio também não deve ser decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., esclerose múltipla, tumor cerebral) (Critério F). Sintomas como os que são vistos no Episódio Hipomaníaco podem ser devido aos efeitos fisiológicos diretos de um medicamento antidepressivo, terapia eletroconvulsiva, fototerapia ou medicamentos prescritos para outras condições médicas gerais (por ex., corticosteróides). Estas apresentações não são consideradas Episódios Hipomaníacos e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. Por exemplo, se uma pessoa com Transtorno Depressivo Maior recorrente desenvolve sintomas de um episódio do tipo hipomaníaco durante um curso de medicamento antidepressivo, o episódio é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Substância, com Características Maníacas, não se modificando o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior para Transtorno Bipolar II. Algumas evidências sugerem a possível existência de uma "diátese" bipolar em indivíduos que desenvolvem episódios tipo maníacos ou tipo hipomaníacos após um tratamento somático para a depressão. Esses indivíduos podem ter uma maior probabilidade de futuros Episódios Maníacos ou Hipomaníacos não relacionados a substâncias ou a tratamentos somáticos para a depressão. O humor elevado em um Episódio Hipomaníaco é descrito como eufórico, incommumente bom, alegre ou excitado. Embora o humor da pessoa possa ter uma qualidade contagiante para o observador sem envolvimento, ele é reconhecido como uma alteração do humor habitual da pessoa por aqueles que a conhecem bem. A qualidade expansiva da perturbação do humor é caracterizada por entusiasmo por interações sociais, interpessoais ou profissionais. Embora o humor elevado seja considerado prototípico, a perturbação do humor pode ser irritável ou alternar entre euforia e irritabilidade. Caracteristicamente, está presente uma auto-estima inflada, geralmente em nível de uma autoconfiança sem crítica ao invés de grandiosidade acentuada (Critério B1). Existe, com bastante frequência, uma necessidade de sono diminuída (Critério B2): a pessoa desperta antes do horário habitual com maior energia. A fala de uma pessoa em um Episódio Hipomaníaco pode ser um pouco mais alta e mais rápida do que o habitual, mas não é tipicamente difícil de interromper. Ela pode apresentar-se repleta de piadas, trocadilhos, jogos de palavras e irrelevâncias (Critério B3). A fuga de idéias é incomum e, se presente, dura por períodos muito breves (Critério B4). A distratibilidade também está frequentemente presente, evidenciada por rápidas mudanças na fala ou atividade em consequência da resposta a vários estímulos irrelevantes (Critério B5). O aumento da atividade dirigida a objetivos pode envolver planejamento e participação de múltiplas atividades (Critério B6). Essas atividades com frequência são criativas e produtivas (por ex., escrever uma carta ao editor, colocar a papelada em ordem). A sociabilidade geralmente está aumentada e pode haver um aumento da atividade sexual. Pode haver atividade impulsiva, como surtos de compras, direção imprudente ou investimentos financeiros tolos (Critério B7). Entretanto, essas atividades geralmente são organizadas, não bizarras, e não acarretam o nível de prejuízo característico de um Episódio Maníaco.

### Características Específicas à Cultura e à Idade

As considerações culturais sugeridas para os Episódios Depressivos Maiores valem também para os Episódios Hipomaníacos. Em pessoas mais jovens (por ex.,

adolescentes), os Episódios Hipomaníacos podem estar associados com gazeta à escola, comportamento anti-social, repetência ou uso de substâncias.

## Curso

Um Episódio Hipomaníaco tipicamente inicia com um rápido aumento dos sintomas dentro de um ou dois dias. Os episódios podem durar várias semanas a meses e em geral têm um início mais abrupto e são mais breves do que os Episódios Depressivos Maiores. Em muitos casos, o Episódio Hipomaníaco pode ser precedido ou seguido por um Episódio Depressivo Maior. Estudos sugerem que 5 a 15% dos indivíduos com hipomania acabam desenvolvendo um Episódio Maníaco.

## Diagnóstico Diferencial

Um Episódio Hipomaníaco deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral se a perturbação do humor é considerada a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, tumor cerebral, síndrome de Cushing). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas hipomaníacos não são a consequência fisiológica direta da condição médica geral, então o Transtorno de Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Bipolar I) e a condição médica geral, no Eixo III (por ex., infarto do miocárdio). Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Episódio Hipomaníaco pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada à perturbação do humor. Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco podem ser precipitados por uma droga de abuso (por ex., os sintomas hipomaníacos que ocorrem apenas no contexto da intoxicação com cocaína são diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Maníacas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco também podem ser precipitados por um tratamento antidepressivo tal como medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios também são diagnosticados como Transtornos do Humor Induzidos por Substâncias (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Maníacas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Maníacas). Os Episódios Maníacos devem ser distinguidos dos Episódios Hipomaníacos. Embora Episódios Maníacos e Episódios Hipomaníacos tenham idênticas listas de sintomas característicos, a perturbação do humor nos Episódios Hipomaníacos não é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização. Alguns Episódios Hipomaníacos podem evoluir para Episódios Maníacos. O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Episódio Hipomaníaco são caracterizados por atividade excessiva, comportamento impulsivo, fraco julgamento e negação dos problemas. O Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade distingue-se de um Episódio



Hipomaníaco pelo início caracteristicamente precoce (isto é, antes dos 7 anos), curso crônico ao invés de episódico, ausência de inícios e remissões relativamente nítidos e ausência de um humor anormalmente expansivo ou elevado. Um Episódio Hipomaníaco deve ser diferenciado da eutimia, particularmente em indivíduos cronicamente deprimidos que não estão acostumados à experiência de um estado de humor não-deprimido.

### Critérios para Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)

(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo

(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com demasiada facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolver-se em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos)

C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros.

E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento, ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

Nota: Os episódios tipo hipomaníacos nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (por ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II

## **Transtornos do Humor**

A seção para Transtornos do Humor é organizada da maneira abaixo. Os itens em azul estão nesta página e os demais nas páginas seguintes ou anteriores.

- Episódios de Humor
- Episódio Depressivo Maior
- Episódio Maníaco Episódio Misto
- Episódio Hipomaníaco
- Transtornos Depressivos
- F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior
- F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico
- F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação
- Transtornos Bipolares
- F30.x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I
- F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II
- F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico
- F06.xx - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação
- Outros Transtornos do Humor
- F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- Transtorno do Humor Induzido por Substância
- F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação

Próxima Página

Volta ao Anterior

Volta à 1ª parte de Humor

## **Transtornos Depressivos**

## Características do Episódio

A característica essencial do Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, Sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos (Critérios A e C). Os episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) ou de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não contam para um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. Além disso, os episódios não devem ser melhor explicados por um Transtorno Esquizoafetivo, nem devem estar sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério B). O quarto dígito no código diagnóstico para um Transtorno Depressivo Maior indica se este é um Episódio Único (usado apenas para primeiros episódios) ou Recorrente. Às vezes é difícil diferenciar entre um episódio único com sintomas que vêm e vão e dois episódios separados. No que concerne a este manual, um episódio é considerado findo quando não mais são satisfeitos todos os critérios para o Transtorno Depressivo Maior por pelo menos 2 meses consecutivos. Durante este período de 2 meses, existe a resolução completa dos sintomas ou a presença de sintomas depressivos que não mais satisfazem os critérios completos para um Episódio Depressivo Maior (Em Remissão Parcial). O quinto dígito no código diagnóstico para Transtorno Depressivo Maior indica o estado atual do distúrbio. Satisfeitos os critérios para um Transtorno Depressivo Maior, a gravidade do episódio é anotada como Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, ou Severo Com Aspectos Psicóticos. Se os critérios para Episódio Depressivo Maior não são satisfeitos atualmente, o quinto dígito é usado para indicar se o transtorno está Em Remissão Parcial ou Em Remissão Completa. Se um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco se desenvolve no curso de um Transtorno Depressivo Maior, o diagnóstico é mudado para Transtorno Bipolar. Entretanto, se os sintomas maníacos ou hipomaníacos ocorrem como efeito direto de um tratamento antidepressivo, uso de outros medicamentos, uso de uma substância ou exposição a uma toxina, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior permanece, devendo-se anotar um diagnóstico adicional de Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Características Maníacas (ou Com Características Mistas). Da mesma forma, se ocorrerem sintomas maníacos ou hipomaníacos como efeito direto de uma condição médica geral, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior permanece, devendo-se anotar um diagnóstico adicional de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Maníacas (ou Com Características Mistas).

## Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser usados para descrever o Episódio Depressivo Maior atual (ou, se os critérios para Transtorno Depressivo Maior não são satisfeitos atualmente, o Episódio Depressivo Maior mais recente):

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Crônico.

- Com Características Catatônicas.
- Com Características Melancólicas.
- Com Características Atípicas.
- Com Início no Pós-Parto.

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de episódios e a presença de sintomatologia entre episódios, para Transtorno Depressivo Maior, Recorrente: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios). Com Padrão Sazonal.

### Procedimentos de Registro

Os códigos diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior são selecionados da seguinte forma:

1. Os primeiros três dígitos são 296.
2. O quarto dígito é  
2 (se existir apenas um único Episódio Depressivo Maior) ou  
3 (se existirem Episódios Depressivos Maiores recorrentes).
3. O quinto dígito indica o seguinte:  
1 para Leve,  
2 para Moderado,  
3 para Severo Sem Aspectos Psicóticos,  
4 para Severo Com Aspectos Psicóticos,  
5 para Em Remissão Parcial,  
6 para Em Remissão Completa e  
0 se Inespecificado.

Outros especificadores para Transtorno Depressivo Maior não podem ser codificados. Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser relacionados na seguinte ordem: Transtorno Depressivo Maior, especificadores codificados no quarto dígito (por ex., Recorrente), especificadores codificados no quinto dígito (por ex., Leve, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial), tantos

especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao episódio mais recente (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início no Pós-Parto), e tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Recuperação Completa Entre Episódios).

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O Transtorno Depressivo Maior está associado com uma alta mortalidade. Os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior severo que morrem por suicídio chegam a 15%. Evidências epidemiológicas também sugerem que o índice de mortalidade em indivíduos com mais de 55 anos com Transtorno Depressivo Maior pode ser quatro vezes maior. Os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior admitidos em asilos com cuidados de enfermagem podem ter uma probabilidade acentuadamente aumentada de morte no primeiro ano. Entre os indivíduos vistos em contextos médicos gerais, aqueles com Transtorno Depressivo Maior têm mais dor e doença física e uma redução do funcionamento físico, social e de papéis. O Transtorno Depressivo Maior pode ser precedido por um Transtorno Distímico (10% em amostras epidemiológicas e 15 a 20% em amostras clínicas). Estima-se também que, a cada ano, cerca de 10% dos indivíduos com Transtorno Distímico isolado terão um primeiro Episódio Depressivo Maior. Outros transtornos mentais em geral ocorrem concomitantemente com um Transtorno Depressivo Maior (por ex., Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno da Personalidade Borderline). Achados laboratoriais associados. As anormalidades laboratoriais associadas com o Transtorno Depressivo Maior são as mesmas do Episódio Depressivo Maior. Nenhum desses achados é diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, mas viu-se que eram anormais em grupos de indivíduos com o transtorno, comparados com sujeitos-controle. A maior parte das anormalidades laboratoriais são dependentes do estado (isto é, estão presentes apenas quando os sintomas depressivos estão presentes). Entretanto, as evidências sugerem que algumas anormalidades do EEG do sono persistem na remissão clínica ou podem preceder o início de um Episódio Depressivo Maior. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. O Transtorno Depressivo Maior pode estar associado com condições médicas gerais crônicas. Até 20-25% dos indivíduos com certas condições médicas gerais (por ex., diabete, infarto do miocárdio, carcinomas, acidente vascular encefálico) desenvolvem Transtorno Depressivo Maior durante o curso de sua condição médica geral. O tratamento da condição médica geral é mais complexo e o prognóstico menos favorável quando um Transtorno Depressivo Maior está presente.

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As características específicas relacionadas à cultura são discutidas no texto referente ao Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Depressivo Maior (episódio Único ou Recorrente) é duas vezes mais comum em mulheres adolescentes e adultas do que em adolescentes e adultos do sexo masculino. Em crianças pré-púberes, meninos e

meninas são igualmente acometidos. Os índices em homens e mulheres são mais altos no grupo dos 25 aos 44 anos, sendo menores para homens e mulheres com mais de 65 anos.

## Prevalência

Os estudos sobre o Transtorno Depressivo Maior relatam valores muito variáveis para a proporção da população adulta com o transtorno. O risco para Transtorno Depressivo Maior durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. A prevalência-ponto do Transtorno Depressivo Maior em adultos, nas amostras comunitárias, tem variado de 5 a 9% para as mulheres e de 2 a 3% para os homens. Os índices de prevalência para Transtorno Depressivo Maior parecem não ter relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil.

## Curso

O Transtorno Depressivo Maior pode começar em qualquer idade, situando-se a média em torno dos 25 anos. Dados epidemiológicos sugerem que a idade de início está baixando para aqueles nascidos mais recentemente. O curso do Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, é variável. Alguns indivíduos têm episódios isolados separados por muitos anos sem quaisquer sintomas depressivos, enquanto outros têm agrupamentos de episódios e outros, ainda, têm episódios progressivamente frequentes à medida que envelhecem. Algumas evidências sugerem que os períodos de remissão em geral duram mais tempo no curso inicial do transtorno. O número de episódios anteriores prediz a probabilidade de desenvolver um Episódio Depressivo Maior subsequente. Aproximadamente 50 a 60% dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, têm um segundo episódio. Os indivíduos com dois episódios têm uma probabilidade de 70% de terem um terceiro, e indivíduos que tiveram três episódios têm uma probabilidade de 90% de terem um quarto episódio. Cerca de 5 a 10% dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, desenvolvem, subsequente, um Episódio Maníaco (isto é, desenvolvem Transtorno Bipolar I). Os Episódios Depressivos Maiores podem terminar completamente (em cerca de dois terços dos casos), apenas parcialmente ou não terminar em absoluto (cerca de um terço dos casos). Os indivíduos apenas com remissão parcial têm uma probabilidade maior de desenvolverem episódios adicionais e de continuarem com um padrão de recuperação parcial entre os episódios. Os especificadores do curso longitudinal Com Recuperação Completa Entre Episódios e Sem Recuperação Completa Entre Episódios (ver p. 369) podem, portanto, ter valor prognóstico. Diversos indivíduos têm Transtorno Distímico anterior ao início de um Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único. Algumas evidências sugerem que esses indivíduos têm maior propensão a Episódios Depressivos adicionais, têm recuperação mais fraca entre os episódios e podem necessitar de tratamento adicional para a fase aguda e um maior período de tratamento continuado, para adquirirem e manterem um estado eutímico mais duradouro. Estudos naturalistas de seguimento sugeriram que, 1 ano após o diagnóstico

de Episódio Depressivo Maior, 40% dos indivíduos ainda têm sintomas suficientemente severos para satisfazerem os critérios para um Episódio Depressivo Maior completo, aproximadamente 20% continuam com alguns sintomas que não mais satisfazem todos os critérios para Episódio Depressivo Maior (isto é, Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial) e 40% não têm Transtorno do Humor. A gravidade do Episódio Depressivo Maior inicial parece predizer a persistência. Condições médicas gerais crônicas também são um fator de risco para episódios mais persistentes. Os episódios de Transtorno Depressivo Maior frequentemente se seguem a um estressor psicossocial severo, como a morte de um ente querido ou divórcio. Os estudos sugerem que eventos psicossociais (estressores) podem exercer um papel mais significativo na precipitação do primeiro ou segundo episódio de Transtorno Depressivo Maior e ter um papel menor no início de episódios subseqüentes. Condições médicas gerais crônicas e Dependência de Substância (particularmente Dependência de Álcool ou Cocaína) podem contribuir para o início ou a exacerbação do Transtorno Depressivo Maior. É difícil de prever se o primeiro episódio de um Transtorno Depressivo Maior em uma pessoa jovem evoluirá para um Transtorno Bipolar. Alguns dados sugerem que o início agudo de depressão severa, especialmente com aspectos psicóticos e retardo psicomotor, em uma pessoa jovem sem psicopatologia pré-puberal, está mais propenso a predizer um curso bipolar. Uma história familiar de Transtorno Bipolar também pode sugerir o desenvolvimento subseqüente de um Transtorno Bipolar.

### Padrão Familiar

O Transtorno Depressivo Maior é 1,5 a 3 vezes mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com este transtorno do que na população geral. Existem evidências de um risco aumentado de Dependência de Álcool em parentes biológicos em primeiro grau adultos, e pode haver uma incidência maior de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade nos filhos de adultos com este transtorno.

### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Episódio Depressivo Maior. Uma história de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco exclui o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. A presença de Episódios Hipomaníacos (sem qualquer história de episódios Maníacos) indica um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. A presença de Episódios Maníacos ou Mistos (com ou sem Episódios Hipomaníacos) indica um diagnóstico de Transtorno Bipolar I. Os episódios Depressivos Maiores no Transtorno Depressivo Maior devem ser diferenciados de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno de Humor Devido a uma Condição Médica Geral se a perturbação do humor presumivelmente é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas não são uma consequência fisiológica direta da condição médica geral,

então o Transtorno do Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior) e a condição médica geral, no Eixo III (por ex., infarto do miocárdio). Este é o caso, por exemplo, se o Episódio Depressivo Maior é considerado uma consequência psicológica do fato de ter uma condição médica geral ou se não existe uma relação etiológica entre o Transtorno Depressivo Maior e a condição médica geral. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de Episódios Depressivos Maiores no Transtorno Depressivo Maior pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada à perturbação do humor. Por exemplo, um humor deprimido que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Abstinência. O Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo Maior são diferenciados com base na gravidade, cronicidade e persistência. No Transtorno Depressivo Maior, o humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de 2 semanas, ao passo que o Transtorno Distímico deve estar presente na maior parte dos dias por um período mínimo de 2 anos. O diagnóstico diferencial entre Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior torna-se particularmente difícil pelo fato de que os dois transtornos compartilham sintomas similares e porque as diferenças entre os dois, em termos de início, duração, persistência e história, não são fáceis de avaliar retrospectivamente. Em geral, o Transtorno Depressivo Maior consiste de um ou mais Episódios Depressivos Maiores distintos que podem ser diferenciados do funcionamento habitual da pessoa, ao passo que o Transtorno Distímico caracteriza-se por sintomas depressivos crônicos e menos severos, presentes por muitos anos. Se o aparecimento inicial dos sintomas depressivos crônicos tem gravidade e número suficiente para satisfazer os critérios para um Episódio Depressivo Maior, o diagnóstico é de Transtorno Depressivo Maior, Crônico (se os critérios continuam sendo satisfeitos) ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial (se os critérios não mais são satisfeitos). O diagnóstico de Transtorno Distímico é feito após um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior apenas se o Transtorno Distímico foi estabelecido antes do primeiro Episódio Depressivo Maior (isto é, ausência de Episódios Depressivos Maiores durante os primeiros 2 anos de sintomas distímicos) ou se houve uma remissão completa do Episódio Depressivo Maior (isto é, durando pelo menos 2 meses) antes do início do Transtorno Distímico. O Transtorno Esquizoafetivo difere do Transtorno Depressivo Maior, Com Aspectos Psicóticos, pela exigência de que no Transtorno Esquizoafetivo haja pelo menos 2 semanas de delírios ou alucinações ocorrendo na ausência de sintomas proeminentes de humor. Sintomas depressivos podem estar presentes durante Esquizofrenia, Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. Com maior frequência, esses sintomas depressivos podem ser considerados características associadas destes transtornos, não merecendo um diagnóstico separado. Entretanto, quando os sintomas depressivos satisfazem todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior (ou têm importância clínica particular), um diagnóstico de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação pode ser feito em acréscimo ao diagnóstico de Esquizofrenia, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. A Esquizofrenia, Tipo Catatônico, pode ser difícil de diferenciar do Transtorno Depressivo Maior, Com Características Catatônicas. Uma história prévia ou história familiar podem ser úteis para esta distinção. Em indivíduos idosos, frequentemente é difícil determinar se os sintomas cognitivos (por ex., desorientação,



apatia, dificuldade de concentração, perda de memória) são melhor explicados por uma demência ou por um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Depressivo Maior. Este diagnóstico diferencial pode ser consubstanciado por uma avaliação médica geral completa e consideração quanto ao início do distúrbio, seqüência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, curso da doença e resposta ao tratamento. O estado pré-mórbido do indivíduo pode ajudar a diferenciar entre um Transtorno Depressivo Maior e uma demência. Nesta, existe habitualmente uma história pré-mórbida de declínio do funcionamento cognitivo, ao passo que o indivíduo com Transtorno Depressivo Maior está muito mais propenso a ter um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto, associado com a depressão.

### Critérios Diagnósticos para F32.x - 296.2x Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único

A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior

B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 317), um Episódio Misto (ver p. 319) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 322). Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver p. 359).

- Crônico.
- Com Características Catatônicas.
- Com Características Melancólicas.
- Com Características Atípicas.
- Com Início no Pós-Parto.

### Critérios Diagnósticos para F33.x - 296.3x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente

#### A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores

Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

B. Os Episódios Depressivos Maiores não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação..

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Especificar (para episódio atual ou mais recente): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão. Crônico. Com Característica Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto.

Especificar: Especificadores Longitudinais de Curso (Com e Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal

### **F34.1 - 300.4 - Transtorno Distímico**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Distímico é um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos (Critério A). Os indivíduos com Transtorno Distímico descrevem seu humor como triste ou "na fossa". Em crianças, o humor pode ser irritável ao invés de deprimido, e a duração mínima exigida é de apenas 1 ano. Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seguintes sintomas adicionais estão presentes: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (Critério B). Os indivíduos podem notar a presença proeminente de baixo interesse e de autocrítica, freqüentemente vendo a si mesmos como desinteressantes ou incapazes. Como estes sintomas tornaram-se uma parte tão presente na experiência cotidiana do indivíduo (por ex., "Sempre fui deste jeito", "É assim que sou"), eles em geral não são relatados, a menos que diretamente investigados pelo entrevistador. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes), qualquer intervalo livre de sintomas não dura mais do que 2 meses (Critério C). O diagnóstico de Transtorno Distímico pode ser feito apenas se no período inicial de 2 anos de sintomas distímicos não houve Episódios Depressivos Maiores (Critério D). Se os sintomas depressivos crônicos incluem um Episódio Depressivo Maior durante os 2 anos iniciais, então o diagnóstico é de Transtorno Depressivo Maior, Crônico (se todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior são satisfeitos), ou Transtorno Depressivo Maior, em Remissão Parcial (se todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior não são satisfeitos

atualmente). Após os 2 anos iniciais de Transtorno Distímico, Episódios Depressivos Maiores podem sobrepor-se ao Transtorno Distímico. Nesses casos ("dupla depressão"), diagnostica-se tanto Transtorno Depressivo Maior quanto Transtorno Distímico. Após o retorno ao nível distímico básico (isto é, não mais são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior, mas os sintomas distímicos persistem), apenas o Transtorno Distímico é diagnosticado. O diagnóstico de Transtorno Distímico não é feito se o indivíduo já apresentou um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco, ou se os critérios já foram satisfeitos para Transtorno Ciclotímico (Critério E). Um diagnóstico separado de Transtorno Distímico não é feito se os sintomas depressivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, tal como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante (Critério F); neste caso, eles são considerados como características associadas desses transtornos. O Transtorno Distímico também não é diagnosticado se a perturbação se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., álcool, medicamentos anti-hipertensivos) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo, doença de Alzheimer) (Critério G). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional (ou acadêmico) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério H).

### Especificadores

A idade de início e o padrão sistomático característico do Transtorno Distímico podem ser indicados pelo uso dos seguintes especificadores: Início Precoce. Este especificador deve ser usado se o início dos sintomas distímicos ocorre antes dos 21 anos de idade. Esses indivíduos estão mais propensos a desenvolver Episódios Depressivos Maiores subsequentes. Início Tardio. Este especificador deve ser usado se o início dos sintomas distímicos ocorre aos 21 anos ou depois. Com Características Atípicas. Este especificador deve ser usado se o padrão sintomático durante os dois últimos anos do transtorno satisfaz os critérios para Com Características Atípicas.

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas ao Transtorno Distímico são similares às de um Episódio Depressivo Maior. Diversos estudos sugerem que os sintomas encontrados com maior frequência no Transtorno Distímico podem ser sentimentos de inadequação, perda generalizada do interesse ou prazer, retraimento social, sentimentos de culpa ou preocupação acerca do passado, sensações subjetivas de irritabilidade ou raiva excessiva e diminuição da atividade, efetividade ou produtividade (o Apêndice B oferece uma alternativa para o Critério B, para uso em pesquisas que incluem esses itens). Em indivíduos com Transtorno Distímico, os sintomas vegetativos (por ex., sono, apetite, alteração do peso e sintomas psicomotores) parecem ser menos comuns do que nas pessoas em um Episódio Depressivo Maior. Quando um Transtorno Distímico sem Transtorno Depressivo Maior prévio está presente, este é um fator de risco para o desenvolvimento de um Transtorno Depressivo Maior (10% dos indivíduos com Transtorno Distímico

desenvolvem Transtorno Depressivo Maior no ano seguinte). O Transtorno Distímico pode estar associado com Transtornos da Personalidade Borderline, Histriônica, Narcisista, Esquiva e Dependente. Entretanto, a avaliação das características de um Transtorno da Personalidade é difícil nesses indivíduos, uma vez que os sintomas crônicos de humor podem contribuir para problemas interpessoais ou estar associados com uma autopercepção distorcida. Outros transtornos crônicos do Eixo I (por ex., Dependência de Substância) ou estressores psicossociais crônicos podem estar associados com Transtorno Distímico em adultos. Em crianças, o Transtorno Distímico pode estar associado com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Aprendizagem e Retardo Mental. Achados laboratoriais associados. Cerca de 25-50% dos adultos com Transtorno Distímico compartilham algumas das características polissonográficas encontradas em alguns indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (por ex., latência diminuída do sono REM, maior densidade REM, sono de ondas lentas reduzido, prejuízo na continuidade do sono). Esses indivíduos com anormalidades polissonográficas têm, com maior frequência, uma história familiar positiva para Transtorno Depressivo Maior e podem responder melhor aos medicamentos antidepressivos do que aqueles com Transtorno Distímico sem estes achados. Não está claro se as anormalidades polissonográficas também são encontradas nos indivíduos com Transtorno Distímico "puro" (isto é, sem uma história prévia de Episódios Depressivos Maiores). A não-supressão da dexametasona no Transtorno Distímico não é comum, a menos que também sejam satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

### Características Específicas à Idade e ao Gênero

Em crianças, o Transtorno Distímico parece ocorrer igualmente em ambos os sexos e com frequência acarreta um comprometimento do desempenho na escola e na interação social. As crianças e os adolescentes com Transtorno Distímico geralmente se mostram irritáveis e ranzinas, bem como deprimidos, e podem ter baixa auto-estima e fracas habilidades sociais, sendo também pessimistas. Na idade adulta, as mulheres estão duas a três vezes mais propensas a desenvolver Transtorno Distímico do que os homens.

### Prevalência

A prevalência do Transtorno Distímico durante a vida (com ou sem Transtorno Depressivo Maior sobreposto) é de aproximadamente 6%. A prevalência-ponto do Transtorno Distímico é de aproximadamente 3%.

### Curso

O Transtorno Distímico tem, frequentemente, um curso precoce e insidioso (isto é, na infância, adolescência ou início da idade adulta), além de crônico. Nos contextos

clínicos, os indivíduos com Transtorno Distímico em geral têm um Transtorno Depressivo Maior sobreposto, que freqüentemente é a razão para a busca de tratamento. Se o Transtorno Distímico precede o início do Transtorno Depressivo Maior, há uma menor probabilidade de ocorrer uma recuperação completa e espontânea entre os Episódios Depressivos Maiores e uma maior probabilidade de episódios futuros mais freqüentes.

### Padrão Familiar

O Transtorno Distímico é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Transtorno Depressivo Maior do que na população geral.

### Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Transtorno Depressivo Maior. O diagnóstico diferencial entre Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior torna-se particularmente difícil pelo fato de que os dois transtornos compartilham sintomas similares e porque as diferenças entre os dois em termos de início, duração, persistência e gravidade são difíceis de avaliar retrospectivamente. Em geral, o Transtorno Depressivo Maior consiste de um ou mais Episódios Depressivos Maiores distintos, que podem ser diferenciados do funcionamento habitual da pessoa, enquanto o Transtorno Distímico se caracteriza por sintomas depressivos crônicos e menos severos, presentes por muitos anos. Quando o Transtorno Distímico tem uma duração de muitos anos, fica difícil distinguir a perturbação do humor do funcionamento "habitual" a pessoa. Se o aparecimento inicial dos sintomas depressivos crônicos tem suficiente gravidade e número para satisfazer todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior, o diagnóstico é de Transtorno Depressivo Maior, Crônico (se todos os critérios continuam sendo satisfeitos) ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial (se não mais são satisfeitos todos os critérios). O diagnóstico de Transtorno Distímico pode ser feito após o de Transtorno Depressivo Maior apenas se o Transtorno Distímico foi estabelecido antes do primeiro Episódio Depressivo Maior (isto é, ausência de Episódios Depressivos Maiores durante os 2 primeiros anos de sintomas distímicos), ou se ocorreu uma remissão completa do Transtorno Depressivo Maior (isto é, durante pelo menos 2 meses) antes do início do Transtorno Distímico. Os sintomas depressivos podem ser um aspecto associado em Transtornos Psicóticos crônicos (por ex., Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Delirante). Um diagnóstico separado de Transtorno Distímico não é feito se os sintomas ocorrem apenas durante o curso do Transtorno Psicótico (incluindo fases residuais). O Transtorno Distímico deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Depressivas, se a perturbação do humor é considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral específica, comumente crônica (por ex., esclerose múltipla). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas depressivos não são a conseqüência fisiológica direta da condição

médica geral, então se registra o Transtorno do Humor primário no Eixo I (por ex., diabetes melito). Isto ocorre, por exemplo, se os sintomas depressivos são considerados como a consequência psicológica do fato de ter uma condição médica geral crônica ou se não existe um relacionamento etiológico entre os sintomas depressivos e a condição médica geral. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno Distímico pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada à perturbação do humor. Com frequência, existem evidências de um distúrbio de personalidade coexistente. Quando a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para Transtorno Distímico e Transtorno da Personalidade, são dados ambos os diagnósticos .

#### Critérios Diagnósticos para F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. Nota.: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

(1) apetite diminuído ou hiperfagia

(2) insônia ou hipersonia

(3) baixa energia ou fadiga

(4) baixa auto-estima

(5) fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões

C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) de perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses a cada vez.

D. Ausência de Episódio Depressivo Maior (p. 312) durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

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

Especificar se:

Início Precoce: se o início ocorreu antes dos 21 anos.

Início Tardio: se o início ocorreu aos 21 anos ou mais.

Especificar (para os 2 anos de Transtorno Distímico mais recentes):

Com Características Atípicas.

### **F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação inclui transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Ajustamento Com Humor Deprimido ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão. Às vezes, os sintomas depressivos podem apresentar-se como parte de um Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação. Exemplos de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação incluem: 1. Transtorno disfórico pré-menstrual: na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, sintomas (por ex., humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades) ocorreram regularmente durante a última semana da fase lútea (e apresentaram remissão alguns dias após o início da menstruação). Estes sintomas devem ser suficientemente severos para interferir acentuadamente no trabalho, na

escola ou atividades habituais e devem estar inteiramente ausentes por pelo menos 1 semana após a menstruação. 2. Transtorno depressivo menor: episódios de pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, porém com menos do que os cinco itens exigidos para Transtorno Depressivo Maior. 3. Transtorno depressivo breve recorrente: episódios depressivos durando de 2 dias a 2 semanas, ocorrendo pelo menos uma vez por mês, durante 12 meses (não associados com o ciclo menstrual). 4. Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia: um Episódio Depressivo Maior que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia. 5. Um Episódio Depressivo Maior sobreposto a Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação ou fase ativa da Esquizofrenia. 6. Situações nas quais o clínico concluiu que um transtorno depressivo está presente, mas é incapaz de determinar se é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância.

## **Transtornos Bipolares**

Esta seção compreende Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Ciclotimia e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação. Existem seis conjuntos distintos de critérios para o Transtorno Bipolar I: Episódio Maníaco Único, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, Episódio Mais Recente Maníaco, Episódio Mais Recente Misto, Episódio Mais Recente Depressivo e Episódio Mais Recente Inespecificado. Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, é usado para descrever os indivíduos que estão tendo um primeiro episódio de mania. Os conjuntos restantes de critérios são usados para especificar a natureza do episódio atual (ou mais recente) em indivíduos com episódios de humor recorrentes.

### **Transtorno Bipolar I**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Bipolar I é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiore. Os Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos diretos de um medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão, uma droga de abuso ou exposição a uma toxina) ou de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não devem ser contabilizados para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I. Além disso, os episódios não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. O Transtorno Bipolar I é subclassificado no quarto dígito de acordo com o fato de o indivíduo estar experimentando um primeiro episódio (isto é, Episódio Maníaco Único) ou de o transtorno ser recorrente. A recorrência é indicada por uma mudança na polaridade do episódio ou por um intervalo entre os episódios de pelo menos 2 meses sem sintomas maníacos. Uma mudança na polaridade é definida como um curso clínico no qual um Episódio Depressivo Maior evolui para um Episódio



Maníaco ou um Episódio Misto ou no qual um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto evoluem para um Episódio Depressivo Maior. Em contrapartida, um Episódio Hipomaníaco que evolui para um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, ou um Episódio Maníaco que evolui para um Episódio Misto (e vice-versa), é considerado apenas como um episódio único. Para os Transtornos Bipolares recorrentes, pode-se especificar a natureza do episódio atual ou mais recente (Episódio Mais Recente Hipomaníaco, Episódio Mais Recente Maníaco, Episódio Mais Recente Misto, Episódio Mais Recente Depressivo, Episódio Mais Recente Inespecificado).

## Especificadores

Os seguintes especificadores para Transtorno Bipolar I podem ser usados para descrever o atual Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior (ou, se no momento não são satisfeitos os critérios para um Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior, ou Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior mais recente):

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Com Características Catatônicas.

Com Início no Pós-Parto.

Os especificadores a seguir aplicam-se unicamente ao Episódio Depressivo Maior atual (ou mais recente), apenas se ele for o tipo mais recente de episódio de humor:

Crônico.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de episódios: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida.

## Procedimentos de Registro

Os códigos diagnósticos para o Transtorno Bipolar I são selecionados conforme é indicado a seguir:

1. Os três primeiros dígitos são 296.

2. O quarto dígito é 0 se existe um Episódio Maníaco Único. No caso de episódios recorrentes, o quarto dígito é 4 se o episódio atual ou mais recente é um Episódio Hipomaníaco ou um Episódio Maníaco, 6 se é um Episódio Misto, 5 se é um Episódio Depressivo Maior e 7 se o episódio atual ou mais recente é Inespecificado.

3. O quinto dígito (exceto para o Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco e Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado) indica o seguinte:

1 para Leve,

2 para Moderado,

3 para Severo Sem Aspectos Psicóticos,

4 para Severo Com Aspectos Psicóticos,

5 para Em Remissão Parcial,

6 para Em Remissão Completa, e

0 para Inespecificado. Outros especificadores para Transtorno Bipolar I não podem ser codificados. Para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, o quinto dígito é sempre 0. Para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado, não existe um quinto dígito. Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser relacionados na seguinte ordem: Transtorno Bipolar I, especificadores codificados no quarto dígito (por ex. Episódio Mais Recente Maníaco), especificadores codificados no quinto dígito (por ex., Leve, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial), tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao episódio mais recente (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início Pós-Parto) e tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início Pós-Parto) e tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Ciclagem Rápida); por exemplo, 296.54 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Severo Com Aspectos Psicóticos, Com Características Melancólicas, Com Ciclagem Rápida. Cabe observar que, se o episódio único do Transtorno Bipolar I foi um Episódio Misto, o diagnóstico é indicado como 296.0x Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Misto.

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O suicídio completado ocorre em 10 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar I. Abuso da

criança, abuso do cônjuge ou outro comportamento violento pode ocorrer durante Episódios Maníacos severos ou com aspectos psicóticos. Outros problemas associados incluem gazeta à escola, repetência, fracasso profissional, divórcio ou comportamento anti-social episódico. Outros transtornos mentais associados incluem Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Pânico, Fobia Social e Transtornos Relacionados a Substâncias. Achados laboratoriais associados. Aparentemente não existem características laboratoriais que possam diferenciar os Episódios Depressivos Maiores encontrados no Transtorno Depressivo Maior daqueles existentes no Transtorno Bipolar I. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Uma idade de início para o primeiro Episódio Maníaco após os 40 anos deve alertar o clínico para a possibilidade de que os sintomas sejam devido a uma condição médica geral ou uso de substância. Existem algumas evidências de que uma doença da tireóide não tratada piora o prognóstico de Transtorno Bipolar I.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Não existem relatos de uma incidência diferencial de Transtorno Bipolar I com base em raça ou etnia. Existem algumas evidências de que os clínicos podem tender a superdiagnosticar Esquizofrenia (ao invés de Transtorno Bipolar) em alguns grupos étnicos e em indivíduos mais jovens. Aproximadamente 10 a 15% dos adolescentes com Episódios Depressivos Maiores recorrentes evoluem para um Transtorno Bipolar I. Episódios Mistos parecem ser mais prováveis em adolescentes e adultos jovens do que em adultos mais velhos. Estudos epidemiológicos recentes nos Estados Unidos indicam que o Transtorno Bipolar I é quase tão comum em homens quanto em mulheres (diferentemente do Transtorno Depressivo Maior, que é mais comum em mulheres). O gênero parece estar relacionado à ordem de aparecimento dos Episódios Maníaco e Depressivo Maior. O primeiro episódio em homens tende mais a ser um Episódio Maníaco. O primeiro episódio em mulheres tende mais a ser um Episódio Depressivo Maior. As mulheres com Transtorno Bipolar I têm um risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subsequentes (em geral psicóticos) no período pós-parto imediato. Algumas mulheres têm seu primeiro episódio durante este período. O especificador Com Início no Pós-Parto pode ser usado para indicar que o início do episódio ocorre dentro de 4 semanas após o parto. O período pré-menstrual pode estar associado com a piora de um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco em andamento.

### Prevalência

A prevalência do Transtorno Bipolar I durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 0,4 a 1,6%.

### Curso

O Transtorno Bipolar I é um transtorno recorrente — mais de 90% dos indivíduos que têm um Episódio Maníaco Único terão futuros episódios. Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Maníacos frequentemente precedem ou se seguem a Episódios Depressivos Maiores em um padrão característico para a pessoa em questão. O número de episódios durante a vida (tanto Depressivos quanto Maníacos) tende a ser superior para Transtorno Bipolar I, em comparação com Transtorno Depressivo Maior, Recorrente. Estudos do curso do Transtorno Bipolar I antes do tratamento de manutenção com lítio sugerem que, em média, quatro episódios ocorrem em 10 anos. O intervalo entre os episódios tende a diminuir com a idade. Existem algumas evidências de que alterações no ciclo de sono/vigília tais como as que ocorrem durante as mudanças de fuso horário ou privação do sono, podem precipitar ou exacerbar um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar I têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco), que ocorrem dentro de um determinado ano. Se este padrão está presente.

## **Transtornos do Humor**

A seção para Transtornos do Humor é organizada da maneira abaixo. Os itens em azul estão nesta página e os demais nas páginas seguintes ou anteriores.

- Episódios de Humor
- Episódio Depressivo Maior
- Episódio Maníaco Episódio Misto
- Episódio Hipomaníaco

## **Transtornos Depressivos**

F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior

F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação

## **Transtornos Bipolares**

F30.x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I

F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II

F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico

F06.xx - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação

## Outros Transtornos do Humor

F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

Transtorno do Humor Induzido por Substância

F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação

## Transtorno Bipolar II

### Características do Episódio

A característica essencial do Transtorno Bipolar II é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores (Critério A), acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco (Critério B). Os Episódios Hipomaníacos não devem ser confundidos com os vários dias de eutímia que podem seguir-se à remissão de um Episódio Depressivo Maior. A presença de um Episódio Maníaco ou Episódio Misto exclui o diagnóstico de Transtorno Bipolar II (Critério C). Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de um medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão, drogas de abuso ou exposição a uma toxina) ou episódios de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não devem contar a favor de um Transtorno Bipolar II. Além disso, os episódios não devem ser melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estar sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Em alguns casos, os Episódios Hipomaníacos em si não causam prejuízo; no entanto, este pode decorrer dos Episódios Depressivos Maiores ou de um padrão crônico de episódios imprevisíveis de humor e de um funcionamento interpessoal ou ocupacional flutuante e inconfiável. Os indivíduos com Transtorno Bipolar II podem não ver os Episódios Hipomaníacos como patológicos, embora outras pessoas possam sentir-se perturbadas pelo comportamento errático do indivíduo. Muitas vezes, particularmente quando em meio a um Episódio Depressivo Maior, os indivíduos não se recordam dos períodos de hipomania se não forem lembrados por amigos íntimos ou parentes. As informações oferecidas por outras pessoas frequentemente são críticas para o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

### Especificadores

Os seguintes especificadores para o Transtorno Bipolar II podem ser usados para indicar o episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco. Este especificador é usado se o episódio atual (ou mais recente) é um Episódio Hipomaníaco. Depressivo. Este especificador é usado se o episódio atual (ou mais recente) é um Episódio Depressivo Maior. Os especificadores seguintes podem ser usados para a descrição do Episódio Depressivo Maior atual no Transtorno Bipolar II (ou o Episódio Depressivo Maior mais recente, se atualmente em remissão, e apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor):

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas).

Com Características Atípicas).

Com Início no Pós-Parto).

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de frequência dos episódios: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores). Com Ciclagem Rápida.

### Procedimentos de Registro

O código de diagnóstico para o Transtorno Bipolar II é 296.89; nenhum dos especificadores é codificável. Ao registrar o nome do diagnóstico, os termos devem ser relacionados na seguinte ordem: Transtorno Bipolar II, especificadores indicando o episódio atual ou mais recente (por ex., Hipomaníaco, Depressivo), tantos especificadores quantos se aplicarem ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente (por ex., Moderado, Com Características Melancólicas, Com Início no Pós-Parto), e tantos especificadores quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Padrão Sazonal); por exemplo, 296.89 Transtorno Bipolar II, Depressivo, Severo com Aspectos Psicóticos, Com Características Melancólicas, Com Padrão Sazonal.

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O suicídio completado (geralmente durante Episódios Depressivos Maiores) é um risco significativo, ocorrendo em 10 a 15% das pessoas com Transtorno Bipolar II. Gazeta à escola, fracasso escolar, fracasso profissional ou divórcio podem estar associados com o Transtorno Bipolar II. Os transtornos mentais associados incluem Abuso ou

Dependência de Substância, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Pânico, Fobia Social e Transtorno da Personalidade Borderline.

Achados laboratoriais associados.

Não parece haver qualquer aspecto laboratorial diferenciando os Episódios Depressivos Maiores encontrados no Transtorno Depressivo Maior daqueles do Transtorno Bipolar II.

### Características Específicas ao Gênero

O Transtorno Bipolar II pode ser mais comum em mulheres do que em homens. As mulheres com Transtorno Bipolar II podem estar em risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subsequentes no período pós-parto imediato.

### Prevalência

Estudos comunitários sugerem uma prevalência do Transtorno Bipolar II durante a vida de aproximadamente 0,5%.

### Curso

Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Hipomaníacos no Transtorno Bipolar II ocorrem imediatamente antes ou após um Episódio Depressivo Maior. Os Episódios Hipomaníacos freqüentemente precedem ou se seguem aos Episódios Depressivos Maiores em um padrão característico para cada pessoa determinada. O número de episódios durante a vida (tanto Hipomaníacos quanto Depressivos Maiores) tende a ser superior para Transtorno Bipolar II, em comparação com o Transtorno Depressivo Maior, Recorrente. O intervalo entre os episódios tende a diminuir com a idade. Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar II têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (Hipomaníacos ou Depressivos Maiores) que ocorrem dentro de um mesmo ano. Se este padrão está presente, ele é anotado pelo especificador Com Ciclagem Rápida. Um padrão de ciclagem rápida está associado com um pior prognóstico. Embora a maioria dos indivíduos com Transtorno Bipolar II retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, aproximadamente 15% continuam apresentando humor instável e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Não ocorrem sintomas psicóticos nos Episódios Hipomaníacos, e estes parecem ser menos freqüentes nos Episódios Depressivos Maiores do Transtorno Bipolar II do que nos do Transtorno Bipolar I. Algumas evidências são consistentes com a noção de que alterações acentuadas no ciclo de sono/vigília, tais como as que ocorrem durante

mudanças de fuso horário ou privação do sono, podem precipitar ou exacerbar Episódios Hipomaníacos ou Episódios Depressivos Maiores. Caso um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto se desenvolva no curso de um Transtorno Bipolar II, o diagnóstico é mudado para Transtorno Bipolar I. Em 5 anos, cerca de 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar II desenvolvem um Episódio Maníaco.

## Padrão Familiar

Alguns estudos indicam que os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Bipolar II têm índices elevados de Transtorno Bipolar II, Transtorno Bipolar I e Transtorno Depressivo Maior, em comparação com a população geral.

## Diagnóstico Diferencial

Os episódios Hipomaníacos e Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar II devem ser diferenciados de episódios de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral para episódios considerados a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de Episódios Hipomaníacos ou Episódios Depressivos Maiores que ocorrem no Transtorno Bipolar II pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicalamente relacionada com a perturbação do humor. Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco podem fazer parte da intoxicação ou abstinência de uma droga de abuso e devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., um episódio tipo depressivo maior ocorrendo apenas no contexto da abstinência de cocaína é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco podem também ser precipitados pelo tratamento antidepressivo com medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Maníacas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Maníacas) e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. Entretanto, quando o uso de uma substância ou medicamentos não explica completamente o episódio (por ex., o episódio continua de forma autônoma por um período considerável após a substância ser descontinuada), o episódio conta para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar II deve ser diferenciado de um Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico pela história de pelo menos um Episódio Hipomaníaco durante a vida. O Transtorno Bipolar II é distinguido do Transtorno Bipolar I pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos neste último. Quando um indivíduo com diagnóstico anterior de Transtorno



Bipolar II desenvolve um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, o diagnóstico é alterado para Transtorno Bipolar I. No Transtorno Ciclotímico, existem numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de sintomas e duração para um Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Bipolar II é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Se um Episódio Depressivo Maior ocorre após os 2 primeiros anos de Transtorno Ciclotímico, aplica-se o diagnóstico adicional de Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar II deve ser diferenciado de Transtornos Psicóticos (por ex., Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno Delirante). A Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno Delirante caracterizam-se por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas de humor proeminentes. Outras considerações úteis incluem os sintomas que acompanham os transtornos, curso prévio e história familiar .

#### Crítérios Diagnósticos para F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II

- A. Presença (ou história) de um ou mais Episódios Depressivos Maiores
- B. Presença (ou história) de pelo menos um Episódio Hipomaníaco.
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto.
- D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaníaco.

Depressivo: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior

Especificar (para Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão

Nota: Os códigos do quinto dígito especificados em Critérios para Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Depressivo Maior atual não podem ser usados aqui, pois o código para o Transtorno Bipolar II já usa o quinto dígito. Crônico. Com Características Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida

### **F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Ciclotímico é uma perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos (Critério A). Os sintomas hipomaníacos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para a satisfação de todos os critérios para um Episódio Maníaco, e os sintomas depressivos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para a satisfação de todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes), quaisquer intervalos livres de sintomas não duram mais de 2 meses (Critério B). O diagnóstico de Transtorno Ciclotímico é feito apenas se o período inicial de 2 anos de sintomas ciclotímicos está livre de Episódios Depressivos Maiores, Maníacos e Mistos (Critério C). Após o período inicial de 2 anos de Transtorno Ciclotímico, Episódios Maníacos ou Mistos podem se sobrepôr ao Transtorno Ciclotímico, diagnosticando-se, neste caso, tanto Transtorno Ciclotímico quanto Transtorno Bipolar I. Da mesma forma, após o período inicial de 2 anos de Transtorno Ciclotímico, Episódios Depressivos Maiores podem se sobrepôr ao Transtorno Ciclotímico, diagnosticando-se, neste caso, tanto Transtorno Ciclotímico quanto Transtorno Bipolar II. O diagnóstico não é feito se o padrão de alterações do humor é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo ou está sobreposto a um Transtorno Psicótico, como Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério D), sendo que, neste caso, os sintomas de humor são considerados aspectos associados do Transtorno Psicótico. A perturbação do humor também não deve decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) (Critério E). Embora algumas pessoas possam funcionar particularmente bem durante alguns dos períodos de hipomania, deve haver, de modo geral, um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes, em consequência da perturbação do humor

(Critério F). O prejuízo pode desenvolver-se como resultado de períodos prolongados de alterações cíclicas e freqüentemente imprevisíveis de humor (por ex., a pessoa pode ser considerada temperamental, "de lua", imprevisível, inconsistente ou inconfiável).

### Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos do Sono (isto é, dificuldade para conciliar e manter o sono) podem estar presentes.

### Características Específicas à Idade e ao Gênero

O Transtorno Ciclotímico freqüentemente começa cedo na vida e às vezes é considerado um reflexo da predisposição temperamental para outros Transtornos do Humor (especialmente Transtornos Bipolares). Em amostras comunitárias, o Transtorno Ciclotímico aparentemente ocorre na mesma proporção entre homens e mulheres. Em contextos clínicos, as mulheres com Transtorno Ciclotímico podem estar mais propensas a buscar tratamento do que os homens.

### Prevalência

Os estudos têm relatado uma prevalência de Transtorno Ciclotímico durante a vida de 0,4 a 1%. A prevalência em clínicas para transtornos do humor pode variar de 3 a 5%.

### Curso

O Transtorno Ciclotímico em geral inicia na adolescência ou começo da vida adulta. O início do Transtorno Ciclotímico mais tarde na vida adulta sugere um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, como esclerose múltipla. O Transtorno Ciclotímico em geral tem um início insidioso e um curso crônico. Existe um risco de 15 a 50% de que a pessoa desenvolva, subseqüentemente, um Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II.

### Padrão Familiar

O Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar II parecem ser mais comuns entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Transtorno Ciclotímico do que na população geral. Também pode haver um risco familiar aumentado de Transtornos Relacionados a Substâncias.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Ciclotímico deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Mistas, é feito quando a perturbação do humor é considerada como a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica, geralmente crônica (por ex., hipertireoidismo) (ver p. 349). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas depressivos não são a consequência fisiológica direta da condição médica geral, então o Transtorno de Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Ciclotímico) e a condição médica geral é registrada no Eixo III. Isto ocorre, por exemplo, se os sintomas de humor são considerados como a consequência psicológica do fato de ter uma condição médica geral crônica ou se não existe um relacionamento etiológico entre os sintomas de humor e a condição médica geral. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pelo fato de que uma substância (em especial estimulantes) está etiolologicamente relacionada à perturbação do humor. As frequentes alterações do humor sugestivas de Transtorno Ciclotímico em geral se dissipam após a cessação do uso da droga. Transtorno Bipolar I, Com Ciclagem Rápida, e Transtorno Bipolar II, Com Ciclagem Rápida, podem assemelhar-se ao Transtorno Ciclotímico em virtude das frequentes e acentuadas alterações do humor. Por definição, os estados de humor no Transtorno Ciclotímico não satisfazem todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto, ao passo que o especificador Com Ciclagem Rápida exige a presença de episódios de Maníaco ou Episódio Misto ocorre durante o curso de um Transtorno Ciclotímico estabelecido, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Bipolar I (para um Episódio Maníaco ou Episódio Misto) ou Transtorno Bipolar II (para um Episódio Depressivo Maior), juntamente com o diagnóstico de Transtorno Ciclotímico. O Transtorno da Personalidade Borderline está associado com acentuadas alterações do humor, que podem sugerir um Transtorno Ciclotímico. Se os critérios são satisfeitos para cada um dos transtornos, podem ser diagnosticados tanto Transtorno da Personalidade Borderline quanto Transtorno Ciclotímico .

### Critérios Diagnósticos para F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico

A. Por 2 anos, pelo menos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Nota: Em crianças e adolescentes, a duração deve ser de pelo menos 1 ano.

B. Durante o período de 2 anos estipulado acima (1 ano para crianças e adolescentes), a pessoa não ficou sem os sintomas do Critério A por mais de 2 meses consecutivos.

C. Nenhum Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação.

Nota: Após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) do Transtorno Ciclotímico, pode haver sobreposição de Episódios Maníacos ou Mistos (sendo que neste caso Transtorno Bipolar I e Transtorno Ciclotímico podem ser diagnosticados concomitantemente) ou de Episódios Depressivos Maiores (podendo-se, neste caso, diagnosticar tanto Transtorno Bipolar II quanto Transtorno Ciclotímico)

D. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo).

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

### **F31.9 - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação compreende transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Bipolar específico. Exemplos:

1. Alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de duração mínima para um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior.
2. Episódios Maníacos recorrentes sem sintomas depressivos intercorrentes.
3. Episódio Maníaco ou Episódio Misto sobreposto a Transtorno Delirante, Esquizofrenia residual ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
4. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de Transtorno Bipolar, mas é incapaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância. Outros Transtornos do Humor.

### **F06.xx - 293.83 Transt. do Humor por uma Condição Médica Geral**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada

como sendo decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. A perturbação do humor pode envolver humor depressivo, interesse ou prazer acentuadamente diminuídos ou humor elevado, expansivo ou irritável (Critério A). Embora a apresentação clínica da perturbação do humor possa lembrar a de um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto, não são satisfeitos todos os critérios para qualquer um destes episódios. A sintomatologia predominante pode ser indicada pelo uso de um dos seguintes subtipos: Com Características Depressivas, Com Episódio Tipo Depressivo Maior, Com Características Maníacas ou Com Características Mistas. Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). A perturbação do humor não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo, ocorrendo em resposta ao estresse psicossocial de ter a condição médica geral) (Critério C). O diagnóstico também não é feito se a perturbação do humor ocorre apenas durante o curso de um delírium (Critério D). A perturbação do humor deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério E). Em alguns casos, o indivíduo ainda pode ser capaz de funcionar, mas apenas com um esforço acentuadamente aumentado. Ao determinar se a perturbação do humor se deve a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, confirmar a presença da condição médica geral. Além disso, deve estabelecer que a perturbação do humor está etiológicamente relacionada à condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação atenta e abrangente de múltiplos fatores é necessária para este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o relacionamento entre a perturbação do humor e a condição médica geral é etiológico, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e o mesmo em relação à perturbação do Humor. Uma segunda consideração é a presença de aspectos atípicos dos Transtornos do Humor primários (por ex., idade de início ou curso atípico ou ausência de história familiar). Evidências da literatura que sugerem a possível existência de uma associação contexto útil para a avaliação de determinada situação. Além disso, o clínico também deve julgar que a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno do Humor primário, Transtorno do Humor Induzido por Substância ou outros transtornos mentais primários (por ex., Transtorno de Ajustamento). Esta determinação é explicada em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral". Contrastando com Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Depressivas, parece ter uma distribuição quase igual entre os gêneros. O Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral aumenta o risco de suicídio tentado e completado. Os índices de suicídio são variáveis, dependendo da condição médica geral específica, sendo que as condições crônicas, incuráveis e dolorosas (por ex., condições malignas, lesões da medula, úlcera péptica, doença de Huntington, síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS], doença renal em estágio terminal, traumatismo craniano) acarretam maior risco de suicídio.

## Subtipos

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a apresentação sintomática predominante:

- F06.32 - Com Características Depressivas. Este subtipo é usado se o humor predominante é depressivo, mas não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.
- F06.32 - Com Episódio Tipo-Depressivo. Este subtipo é usado se são satisfeitos todos os critérios (exceto critério D) para Episódio Depressivo Maior.
- F06.30 - Com Características Maníacas. Este subtipo é usado se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável.
- F06.33 - Com Características Mistas. Este subtipo é usado se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.

### Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto a fenomenologia específica da perturbação, incluindo o subtipo apropriado, quanto a condição médica geral identificada, considerada a causadora da perturbação no Eixo I (por ex., 293.83 Transtorno do Humor Devido à Tirotoxicose, Com Características Maníacas). O código da CID-9-MC para a condição médica geral também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 242.9 tirotoxicose) (Ver Apêndice G para uma lista de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais). Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado se os sintomas depressivos desenvolvem-se exclusivamente durante o curso da Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular. Neste caso, os sintomas depressivos são indicados especificando-se o subtipo Com Humor Deprimido (por ex., 290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Deprimido).

### Condições Médicas Gerais Associadas

Uma variedade de condições médicas gerais pode causar sintomas de humor. Estas condições incluem condições neurológicas degenerativas (por ex., doença de Parkinson, doença de Huntington), doença vascular cerebral (por ex., acidente vascular encefálico), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B12), condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, hiper e hipoparatiroidismo, lúpus eritematoso sistêmico), infecções virais e outras (por ex., hepatite, mononucleose, vírus de imunodeficiência humana [HIV]) e certos cânceres (por ex., carcinoma de pâncreas). Os achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem a condição médica geral etiológica.

### Prevalência

As estimativas de prevalência para Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral estão confinadas às apresentações com características depressivas. Observou-se que 25 a 40% dos indivíduos com certas condições neurológicas (incluindo doença de Parkinson, doença de Huntington, esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, doença de Alzheimer) desenvolvem uma perturbação depressiva acentuada em algum ponto durante o curso da doença. Para condições médicas gerais sem envolvimento direto do sistema nervoso central, os índices são bem mais variáveis, variando de mais de 60% na síndrome de Cushing a menos de 8%, na doença renal terminal.

## Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado se a perturbação do humor ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium. Quando o clínico deseja indicar a presença de sintomas de humor clinicamente significativos que ocorrem no contexto de uma Demência Devido a uma Condição Médica Geral, um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral pode ser indicado. Uma exceção a isto dá-se quando os sintomas depressivos ocorrem exclusivamente durante o curso de uma Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular. Nestes casos, aplica-se apenas um diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer ou de Demência Vascular, com o subtipo Com Humor Deprimido, não sendo feito um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. Se a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas (humor e ansiedade, por exemplo), o transtorno mental devido a uma condição médica geral específico depende dos sintomas predominantes no quadro clínico. Caso existam evidências de uso recente ou prolongado de uma substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, um Transtorno do Humor Induzido por Substância deve ser considerado. Pode ser útil obter uma avaliação toxicológica urinária ou sanguínea ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, dentro de 4 semanas) a Intoxicação ou Abstinência de Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicadores de um Transtorno Induzido por Substância, dependendo do caráter, duração ou quantidade da substância usada. Caso o médico tenha-se assegurado de que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, aplicam-se ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Humor Induzido por Substância). O Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciado de um Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II e Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo (por ex., uma resposta mal-adaptativa ao fato de ter uma condição médica geral). Nos Transtornos Depressivo Maior, Bipolar e de Ajustamento não existem mecanismos fisiológicos específicos e diretamente causais associados a uma condição médica geral. Frequentemente, é difícil determinar se certos sintomas (por ex., perda de peso, insônia e fadiga) representam uma perturbação do humor ou uma manifestação direta de uma condição médica geral (por ex., câncer, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, diabete). Esses sintomas contam para um diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, exceto nos casos



em que são clara e completamente explicados por uma condição médica geral. Se o clínico não consegue determinar se a perturbação do humor é primária, induzida por substância ou devido a uma condição médica geral, pode-se diagnosticar um Transtorno de Humor Sem Outra Especificação.

Critérios Diagnósticos para F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos): (1) humor depressivo, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades (2) humor elevado, expansivo ou irritável

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo, em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras área importantes da vida do indivíduo.

Especificar tipo:

Com Características Depressivas: se o humor predominante é depressivo, mas não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Com Episódio Tipo Depressivo Maior: se são satisfeitos todos os critérios (exceto Critério D) para um Episódio Depressivo Maior. Com Características Maníacas: se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável. Com Características Mistas: se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

Nota para a codificação: Se os sintomas depressivos ocorrem como parte de uma demência preexistente, indicar os sintomas depressivos codificando o subtipo apropriado da demência se algum estiver disponível, por ex., 290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Depressivo.

## **Transtorno do Humor Induzido por Substância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Humor Induzido por Substância é uma perturbação proeminente e persistente do humor (Critério A), considerada como devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão ou exposição a uma toxina) (Critério B). Dependendo da natureza da substância e do contexto no qual os sintomas ocorrem (isto é, durante intoxicação ou abstinência), a perturbação pode envolver humor depressivo ou acentuada diminuição do interesse ou prazer, ou humor elevado, expansivo ou irritável. Embora a apresentação clínica da perturbação do humor possa lembrar a de um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco, não são satisfeitos todos os critérios para um desses episódios. O tipo de sintoma predominante pode ser indicado pelo uso de um dos seguintes subtipos: Com Características Depressivas, Com Características Maníacas, Com Características Mistas. A perturbação não deve ser melhor explicada por um Transtorno do Humor não induzido por substância (Critério C). O diagnóstico não é feito se a perturbação do humor ocorre apenas durante o curso de um delírium (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Em alguns casos, o indivíduo pode ainda ser capaz de funcionar, mas apenas com um esforço acentuadamente aumentado. Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de humor excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas de humor são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno do Humor primário mediante a consideração do início, curso e outros fatores. Para drogas de abuso, deve haver evidências de intoxicação ou abstinência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais. Os Transtornos do Humor Induzidos por Substância surgem exclusivamente em associação com estados de intoxicação ou abstinência, enquanto os Transtornos do Humor primários podem preceder o início do uso da substância ou ocorrer durante períodos de abstinência prolongada. Uma vez que o estado de abstinência para algumas substâncias pode ser relativamente retardado, o início dos sintomas de humor pode ocorrer até 4 semanas após a cessação do uso da substância. Outro aspecto a considerar é a presença de características atípicas de Transtornos do Humor primários (por ex., idade de início ou curso atípicos). Por exemplo, o início de um Episódio Maníaco após os 45 anos pode sugerir uma etiologia induzida por substância. Em contrapartida, os fatores que sugerem que os sintomas de

humor são melhor explicados por um Transtorno do Humor primário incluem persistência dos sintomas de humor por um período substancial de tempo (isto é, cerca de 1 mês) após o término da Intoxicação com Substância ou Abstinência aguda; desenvolvimento de sintomas de humor substancialmente excedentes aos que seriam esperados, dado o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso; ou uma história de episódios primários recorrentes prévios de Transtorno do Humor. Alguns medicamentos (por ex., estimulantes, esteróides, L-dopa, antidepressivos) ou outros tratamentos somáticos para a depressão (por ex., terapia eletroconvulsiva ou fototerapia) podem induzir perturbações tipo maníacas. O discernimento clínico é essencial para determinar se o tratamento é o verdadeiro causador ou se o Transtorno do Humor primário teve seu início por acaso, enquanto a pessoa recebia o tratamento. Os sintomas maníacos que se desenvolvem enquanto a pessoa está tomando lítio, por exemplo, não são diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância, porque o lítio não tende a induzir episódios tipo maníacos. Por outro lado, um episódio depressivo que se desenvolveu dentro das primeiras semanas de tratamento com alfa-metildopa (um agente anti-hipertensivo) em uma pessoa sem história de Transtorno do Humor se qualificaria para o diagnóstico de Transtorno do Humor Induzido por Alfa-metildopa, Com Características Depressivas. Em alguns casos, uma condição previamente estabelecida (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Recorrente) pode recorrer enquanto a pessoa está coincidentemente tomando um medicamento capaz de causar sintomas depressivos (por ex., L-dopa, anticoncepcionais). O clínico deve julgar se o medicamento é o causador, nesta situação particular.

### Subtipos e Especificadores

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a apresentação sintomática predominante:

**Com Características Depressivas.** Este subtipo é usado se o humor predominante é depressivo.

**Com Características Maníacas.** Este subtipo é usado se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável. **Com Características Mistas.** Este subtipo é usado se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles. O contexto de definição dos sintomas de humor pode ser indicado pelo uso de um dos seguintes especificadores:

**Com Início Durante Intoxicação.** Este especificador deve ser usado se são satisfeitos os critérios para intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

**Com Início Durante Abstinência.** Este especificador deve ser usado se são satisfeitos os critérios para abstinência da substância e se os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

## Procedimentos de Registro

O nome do Transtorno do Humor Induzido por Substância inclui a substância ou o tratamento somático específico (por ex., cocaína, amitriptilina, terapia eletroconvulsiva) que presumivelmente está causando os sintomas de humor. O código diagnóstico é selecionado a partir da listagem de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes (por ex., amitriptilina) e para outros tratamentos somáticos (por ex., terapia eletroconvulsiva), o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, para medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado listando-se o Código E apropriado (ver Apêndice G). O nome do transtorno (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Cocaína) é seguido pelo subtipo indicando a apresentação sintomática predominante e pelo especificador indicando o contexto no qual os sintomas se desenvolveram (por ex., 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Abstinência). Quando mais de uma substância presumivelmente exerce um papel significativo no desenvolvimento de sintomas de humor, cada uma deve ser listada em separado (por ex., 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Maníacas, Com Início Durante Abstinência; 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Fototerapia, Com Características Maníacas). Se uma substância é considerada como sendo o fator etiológico, mas se desconhece a substância ou classe de substâncias específica, pode-se usar a categoria 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Substância Desconhecida.

## Substâncias Específicas

Os Transtornos do Humor podem ocorrer em associação com a intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e substâncias correlatas; cocaína; alucinógenos; inalantes; opióides; fenciclidina e substâncias correlatas; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Os Transtornos do Humor podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e substâncias correlatas; cocaína; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Alguns dos medicamentos que, conforme relatos, evocam sintomas de humor, incluem anestésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, medicamentos antiparkinsonianos, medicamentos antiúlcera, medicamentos cardíacos, contraceptivos orais, medicamentos psicotrópicos (por ex., antidepressivos, benzodiazepínicos, antipsicóticos, dissulfiram), relaxantes musculares, esteróides e sulfonamidas. Alguns medicamentos têm especial propensão a produzir características depressivas (por ex., altas doses de reserpina, corticosteróides, esteróides anabólicos). Observe que esta não é uma lista exaustiva de possíveis medicamentos e que muitas medicações podem ocasionalmente produzir uma reação depressiva idiossincrática. Metais pesados e toxinas (por ex., substâncias voláteis, tais como gasolina e tintas, inseticidas organofosforados, gases nervosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono) também podem causar sintomas de humor.

Sintomas de humor habitualmente ocorrem na Intoxicação com Substância e Abstinência de Substância, e o diagnóstico de intoxicação ou abstinência com a substância específica em geral será suficiente para categorizar a apresentação sintomática. Um diagnóstico de Transtorno do Humor Induzido por Substância deve ser feito ao invés de Intoxicação ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de humor são considerados excedentes aos habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas de humor são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. O humor disfórico, por exemplo, é um aspecto característico da Abstinência de Cocaína. O Transtorno do Humor Induzido por Cocaína deve ser diagnosticado ao invés de Abstinência de Cocaína apenas se a perturbação do humor é substancialmente mais intensa do que se esperaria ser habitualmente na Abstinência de Cocaína e se é suficientemente severa para ser um foco separado de atenção e tratamento. Se os sintomas de humor induzidos por substância ocorrem exclusivamente durante o curso de um delírium, os sintomas são considerados um aspecto associado do delírium e não são diagnosticados separadamente. Nas apresentações induzidas por substância com um misto de diferentes tipos de sintomas (por ex., sintomas de humor, psicóticos e de ansiedade), o tipo específico de Transtorno Induzido por Substância a ser diagnosticado depende do tipo de sintomas predominantes na apresentação clínica. O Transtorno do Humor Induzido por Substância é distinguido de um Transtorno do Humor primário pelo fato de que uma substância supostamente está de forma etiológica relacionada aos sintomas (p. 353). Um Transtorno do Humor Induzido por Substância devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou condição médica geral deve ter seu início enquanto a pessoa está recebendo o medicamento (por ex., medicamento anti-hipertensivo) (ou durante a abstinência, se existe uma síndrome de abstinência associada ao medicamento). Uma vez que o tratamento seja descontinuado, os sintomas de humor geralmente apresentam remissão dentro de dias a semanas (dependendo da meia-vida da substância e da presença de uma síndrome de abstinência). Se os sintomas persistem além de 4 semanas, outras causas de sintomas de humor devem ser consideradas. Uma vez que os indivíduos com condições médicas gerais freqüentemente tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de que os sintomas de humor sejam causados pelas conseqüências fisiológicas da condição médica geral, e não pelo medicamento, sendo que neste caso se aplica um diagnóstico de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. A avaliação da história do paciente freqüentemente oferece a base primária para tal julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para a condição médica geral (por ex., substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar empiricamente se o medicamento é o agente causador. Se o clínico se assegurou de que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e insuficientes para determinar se os sintomas de humor se devem a uma substância (inclusive medicamentos) ou a uma condição médica geral ou se são primários (isto é, não devido a uma substância nem a uma condição médica geral), indicam-se os diagnósticos de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação ou Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação .

## Critérios Diagnósticos para Transtorno do Humor Induzido por Substância

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes sintomas (ou ambos): (1) humor depressivo ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades (2) humor elevado, expansivo ou irritável

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2): (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou no período de um mês após a Intoxicação ou Abstinência de Substância

(2) o uso de um medicamento está etiologicamente relacionado com a perturbação

C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno do Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno do Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou medicamento); os sintomas persistem por um período substancial (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação severa ou são substancialmente excedentes ao que seria de esperar, dado o tipo ou a quantidade de substância usada ou a duração do uso; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno do Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de Episódios Depressivos Maiores recorrentes).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de humor excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

Codificar Transtorno do Humor Induzido por [Substância Específica]:

- (F10.8 - 291.8 Álcool;
- F15.8 - 292.84 Anfetamina [ou Substância Tipo Anfetamina];
- F14.8 - 292.84 Cocaína;
- F16.8 - 292.84 Alucinógeno;
- F18.8 - 292.84 Inalante;
- F11.8 - 292.84 Opióide;

- F19.8 - 292.84 Fenciclidina [ou Substância Tipo Fenciclidina];
- F13.8 - 292.84 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos;
- F19.08 - 292.84 Outra Substância [ou Substância Desconhecida]).

Especificar tipo:

- Com Características Depressivas: se o humor predominante é depressivo.
- Com Características Maníacas: se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável.
- Com Características Mistas: se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.

Especificar se ver tabela da seção Dependência de Substância , localizada em Transtornos Relacionados a Substâncias para aplicabilidade por substância):

Com Início Durante Intoxicação: se são satisfeitos os critérios para Intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

Com Início Durante Abstinência: se são satisfeitos os critérios para Abstinência da substância e se os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

### **F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação**

Esta categoria inclui transtornos com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno do Humor específico e nos quais é difícil escolher entre Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (por ex., agitação aguda). Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente Diversos especificadores são oferecidos para os Transtornos do Humor, com o intuito de aumentar a especificidade diagnóstica e criar subgrupos mais homogêneos, auxiliar na seleção do tratamento e melhorar a previsão do prognóstico. Os especificadores seguintes envolvem o episódio de humor atual (ou mais recente): Gravidade/Psicótico/de Remissão, Crônico, Com Características Catatônicas, Com Características Melancólicas, Com Características Atípicas, e Com Início no Pós-Parto. Os especificadores que indicam gravidade, remissão e aspectos psicóticos podem ser codificados no quinto dígito do código diagnóstico para a maioria dos Transtornos do Humor. Os demais especificadores não podem ser codificados.

## Transtornos Somatoformes

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (isto é, não estão sob o controle voluntário). Os Transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, na medida em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos. O agrupamento desses transtornos em uma única seção fundamenta-se mais na utilidade clínica (isto é, a necessidade de excluir condições médicas gerais ocultas ou etiologias induzidas por substâncias para os sintomas físicos) do que em premissas envolvendo uma etiologia ou mecanismo em comum. Esses transtornos são encontrados com frequência nos contextos médicos gerais. Os seguintes Transtornos Somatoformes são incluídos nesta 1a. parte (em azul):

- O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos.
- O Transtorno Somatoforme Indiferenciado caracteriza-se por queixas físicas inexplicáveis, com duração mínima de 6 meses, abaixo do limiar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização.
- O Transtorno Conversivo envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Presume-se uma associação de fatores psicológicos com os sintomas e déficits.
- O Transtorno Doloroso caracteriza-se por dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos têm um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção. Hipocondria é preocupação com o medo ou a idéia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais.
- O Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física.
- O Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos Somatoformes.



## **F45.0 - 300.81 - Transtorno de Somatização**

- Transtorno de Somatização
- Transtorno Somatoforme Indiferenciado
- Transtorno Conversivo
- Transtorno Doloroso
- Transtorno Dismórfico Corporal

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Somatização é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa somática é considerada clinicamente significativa se resultar em tratamento médico (por ex., tomar um medicamento) ou causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. As queixas somáticas devem iniciar antes dos 30 anos e ocorrer por um período de vários anos (Critério A). As múltiplas queixas somáticas não podem ser plenamente explicadas por qualquer condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância. Caso ocorram na presença de uma condição médica geral, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, exame físico ou testes laboratoriais (Critério C). Deve haver uma história de dor relacionada a pelo menos quatro sítios (por ex., cabeça, costas, articulações, extremidades, tórax, reto) ou funções (por ex., menstruação, intercurso sexual, micção) diferentes (Critério B1). Também deve haver uma história de pelo menos dois sintomas gastrintestinais outros que não dor (Critério B2). A maioria dos indivíduos com o transtorno descreve a presença de náusea e inchaço abdominal. Vômitos, diarreia e intolerância a alimentos são menos comuns. As queixas gastrintestinais freqüentemente levam a freqüentes exames radiográficos e cirurgias gastrintestinais que, em retrospecto, eram desnecessários. Deve haver uma história de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (Critério B3). Em mulheres, isto pode consistir de irregulares menstruais, menorragia ou vômitos durante toda a gravidez. Em homens, pode haver sintomas tais como disfunção erétil ou ejaculatória. Tanto as mulheres quanto os homens podem estar sujeitos à indiferença sexual. Finalmente, deve haver também uma história de pelo menos um sintoma, outro que não dor, sugerindo uma condição neurológica (sintomas conversivos tais como prejuízo na coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldades para engolir ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez ou convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência, excetuando desmaios) (Critério B4). Os sintomas em cada um dos grupos foram listados na ordem aproximada de sua freqüência relatada. Finalmente, os sintomas inexplicáveis no Transtorno de Somatização não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no Transtorno Factício ou na Simulação) (Critério D).

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com Transtorno de Somatização em geral descrevem suas queixas em termos dramáticos e exagerados, porém com frequência faltam informações factuais específicas. Essas pessoas frequentemente oferecem histórias inconsistentes, de modo que uma abordagem mediante lista de verificação na entrevista diagnóstica pode ser menos efetiva do que uma revisão completa dos tratamentos somáticos e hospitalizações, para a documentação de um padrão de queixas somáticas frequentes. Elas muitas vezes buscam tratamento com vários médicos ao mesmo tempo, o que pode levá-las a combinações de tratamentos complicadas e por vezes prejudiciais. Sintomas proeminentes de ansiedade e humor depressivo são muito comuns, podendo ser a razão para o atendimento em contextos de saúde mental. Pode haver um comportamento anti-social e impulsivo, ameaças e tentativas de suicídio e desajuste conjugal. As vidas desses indivíduos, particularmente daqueles com Transtornos da Personalidade associados, em geral são tão caóticas e complicadas quanto suas histórias médicas. O uso freqüente de medicamentos pode levar a efeitos colaterais e Transtornos Relacionados a Substâncias. Esses indivíduos comumente se submetem a numerosos exames médicos, procedimentos diagnósticos e hospitalizações, que os expõem a um maior risco de morbidade associada a tais procedimentos. Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Pânico e Transtornos Relacionados a Substâncias estão freqüentemente associados com o Transtorno de Somatização. Os Transtornos da Personalidade Histriônica, Borderline e Anti-Social são os Transtornos da Personalidade mais freqüentemente associados.

### Achados laboratoriais associados.

Os resultados de testes laboratoriais são notórios pela ausência de achados apoiando as queixas subjetivas.

### Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

O exame físico é notório pela ausência de achados objetivos que expliquem plenamente as muitas queixas subjetivas dos indivíduos com Transtorno de Somatização. Esses indivíduos podem ser diagnosticados com os chamados transtornos funcionais (por ex., síndrome do cólon irritável). Entretanto, uma vez que estas síndromes ainda não possuem sinais objetivos estabelecidos ou achados laboratoriais específicos, seus sintomas podem contar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização.

## Características Específicas à Cultura e ao Gênero

O tipo e a frequência dos sintomas somáticos podem diferir entre as culturas. Por exemplo, ardência nas mãos e nos pés ou experiência não-delirante de vermes na cabeça ou formigas rastejando sob a pele representam sintomas pseudoneurológicos mais comuns na África e Sudeste da Ásia do que na América do Norte. Sintomas relacionados à função reprodutora masculina podem ser mais prevalentes em culturas nas quais existem amplas preocupações com a perda do sêmen (por ex., síndrome de dhat na Índia). Por conseguinte, uma revisão dos sintomas deve ajustar-se à cultura. Os sintomas relacionados neste manual são exemplos considerados mais diagnósticos nos Estados Unidos. Cabe notar que a ordem de frequência foi extraída de estudos realizados nos Estados Unidos. O Transtorno de Somatização raramente ocorre em homens nos Estados Unidos, mas uma frequência superior em homens gregos e porto-riquenhos sugere que fatores culturais podem influenciar a razão entre os sexos.

### Prevalência

Os estudos têm relatado uma prevalência bastante variável durante a vida para o Transtorno de Somatização, variando de 0,2 a 2% entre as mulheres e menos de 0,2% em homens. As diferenças nas taxas podem depender do fato de o entrevistador ser médico, do método de avaliação e das variáveis demográficas nas amostras estudadas. Quando entrevistadores não-médicos são usados, o Transtorno de Somatização é diagnosticado com uma frequência muito menor.

### Curso

O Transtorno de Somatização é um transtorno crônico porém flutuante, que raramente apresenta remissão completa. É raro passar um ano sem que o indivíduo busque algum atendimento médico levado por queixas somáticas inexplicáveis. Os critérios de diagnóstico tipicamente são satisfeitos antes dos 25 anos, mas os sintomas iniciais frequentemente estão presentes na adolescência. Dificuldades menstruais podem representar um dos sintomas mais precoces em mulheres. Os sintomas sexuais frequentemente estão associados com desajuste conjugal.

### Padrão Familiar

O Transtorno de Somatização é observado em 10-20% dos parentes biológicos em primeiro grau do sexo feminino de mulheres com Transtorno de Somatização. Os parentes masculinos de mulheres com este transtorno apresentam um risco aumentado de Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtornos Relacionados a Substâncias. Estudos de adoções indicam que fatores tanto genéticos quanto ambientais contribuem para o risco de Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno de Somatização. Ter um pai/mãe biológico ou adotivo com qualquer um destes transtornos aumenta o risco de desenvolver Transtorno da

## Diagnóstico Diferencial

O quadro sintomático encontrado no Transtorno de Somatização freqüentemente é inespecífico e pode sobrepor-se a múltiplas condições médicas gerais. Três características que sugerem um diagnóstico de Transtorno de Somatização ao invés de uma condição médica geral incluem: 1) envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos; 2) início precoce e curso crônico, com o desenvolvimento de sinais físicos ou anormalidades estruturais, e 3) ausência de anormalidades laboratoriais características da condição médica geral sugerida. Além disso, é necessário descartar condições médicas gerais caracterizadas por sintomas somáticos vagos, múltiplos e confusos (por ex., hiperparatiroidismo, porfiria intermitente aguda, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico). O Transtorno de Somatização também não protege o indivíduo de outras condições médicas gerais independentes. Os achados objetivos devem ser avaliados sem uma confiança indevida nas queixas subjetivas. O início de múltiplos sintomas físicos em um período tardio da vida é quase sempre devido a uma condição médica geral. A Esquizofrenia com múltiplos delírios somáticos precisa ser diferenciada das queixas somáticas não-delirantes de indivíduos com Transtorno de Somatização. Em casos raros, os indivíduos com Transtorno de Somatização também têm Esquizofrenia, devendo então ser anotados ambos os diagnósticos. Além disso, alucinações podem ocorrer como sintomas pseudoneurológicos e devem ser diferenciadas das alucinações típicas vistas na Esquizofrenia. Pode ser muito difícil distinguir entre Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Somatização. No Transtorno de Pânico, múltiplos sintomas somáticos também estão presentes, mas estes ocorrem primariamente durante os Ataques de Pânico. Entretanto, o Transtorno de Pânico pode coexistir com o Transtorno de Somatização; quando os sintomas somáticos ocorrem em momentos outros que não durante os Ataques de Pânico, ambos os diagnósticos podem ser feitos. Os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada podem ter múltiplas queixas físicas associadas com sua ansiedade generalizada, mas o foco da ansiedade ou preocupação não se limita às queixas físicas. Os indivíduos com Transtornos do Humor, particularmente Transtornos Depressivos, podem apresentar queixas somáticas, mais freqüentemente cefaléias, distúrbios gastrintestinais ou dor inexplicável. Os indivíduos com Transtorno de Somatização têm queixas físicas recorrentes durante a maior parte de suas vidas, independentemente de seu estado de humor atual, ao passo que as queixas somáticas nos Transtornos Depressivos se limitam aos episódios de humor depressivo. Os indivíduos com Transtorno de Somatização freqüentemente também apresentam queixas depressivas. Se são satisfeitos os critérios tanto para Transtorno de Somatização quanto para um Transtorno do Humor, ambos podem ser diagnosticados. Por definição, todos os indivíduos com Transtorno de Somatização têm uma história de sintomas dolorosos, sintomas sexuais e sintomas conversivos e dissociativos. Portanto, se esses sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso do Transtorno de Somatização, não deve haver um diagnóstico adicional de Transtorno Doloroso Associado com Fatores Psicológicos, Disfunção Sexual, Transtorno Conversivo ou Transtorno Dissociativo. O diagnóstico de Hipocondria não é feito se a preocupação com a idéia de ter uma doença

grave ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno de Somatização. Os critérios para Transtorno de Somatização contidos neste manual são um pouco mais restritivos do que os critérios originais para a síndrome de Briquet. As apresentações somatoformes que não satisfazem os critérios para Transtorno de Somatização devem ser classificadas como Transtorno de Somatização Indiferenciado, se a duração da síndrome é de 6 meses ou mais, ou Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação, para apresentações com duração menor. No Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos e na Simulação, os sintomas somáticos podem ser intencionalmente produzidos, respectivamente, para a adoção do papel de doente ou para angariar vantagens. Os sintomas intencionalmente produzidos não devem contar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização. Entretanto, a presença de alguns sintomas factícios ou simulados, mesclados a outros sintomas não-intencionais, não é incomum. Nesses casos mistos, tanto Transtorno de Somatização quanto Transtorno Factício ou Simulação devem ser diagnosticados.

### Crítérios Diagnósticos para F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

A. Uma história de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos, que ocorrem por um período de vários anos e resultam em busca de tratamento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo.

B. Cada um dos seguintes critérios deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:

(1) quatro sintomas dolorosos: uma história de dor relacionada a pelo menos quatro locais ou funções diferentes (por ex., cabeça, abdômen, costas, articulações, extremidades, tórax, reto, menstruação, intercurso sexual ou micção)

(2) dois sintomas gastrintestinais: uma história de pelo menos dois sintomas gastrintestinais outros que não dor (por ex., náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarreia ou intolerância a diversos alimentos)

(3) um sintoma sexual: uma história de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (por ex., indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidades menstruais, sangramento menstrual excessivo, vômitos durante toda a gravidez)

(4) um sintoma pseudoneurológico: uma história de pelo menos um sintoma ou déficit sugerindo uma condição neurológica não limitada a dor (sintomas conversivos tais como prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade para engolir ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência outra que não por desmaio)

C. (1) ou (2):

(1) após investigação apropriada, nenhum dos sintomas no Critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento)

(2) quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais

D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no Transtorno Factício ou na Simulação).

### **F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Somatoforme Indiferenciado é uma ou mais queixas físicas (Critério A) que persistem por 6 meses ou mais (Critério D). As queixas mais frequentes são fadiga crônica, perda do apetite ou sintomas gastrintestinais ou geniturinários. Esses sintomas não podem ser completamente explicados por qualquer condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (por ex., efeitos de ferimentos, uso de substância ou efeitos colaterais de medicamentos), ou as queixas físicas ou prejuízo resultante excedem amplamente o que seria esperado a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais (Critério B). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo (Critério C). O diagnóstico não é feito quando os sintomas são melhor explicados por um outro transtorno mental (por ex., outro Transtorno Somatoforme, Disfunção Sexual, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno do Sono ou Transtorno Psicótico) (Critério E). Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no Transtorno Factício ou na Simulação) (Critério F). Este é uma categoria residual para aquelas apresentações somatoformes persistentes que não satisfazem todos os critérios para o Transtorno de Somatização ou para outro Transtorno Somatoforme. Os sintomas observáveis incluem os exemplos apresentados para o Transtorno de Somatização. Pode haver um único sintoma circunscrito, como náusea ou, com maior frequência, múltiplos sintomas físicos. As queixas somáticas crônicas e inexplicáveis frequentemente levam a consultas médicas, tipicamente com um médico generalista.

#### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Sintomas inexplicáveis do ponto de vista médico e preocupação acerca da saúde física podem constituir "idiomas de sofrimento" culturalmente moldados, empregados para expressar preocupações com um amplo espectro de problemas pessoais e sociais, sem necessariamente indicarem psicopatologia. A frequência mais alta de queixas somáticas inexplicáveis ocorre em mulheres jovens de baixa situação sócio-econômica, mas tais sintomas não se restringem a qualquer idade, gênero ou grupo sócio-cultural. A "neurastenia", uma síndrome descrita freqüentemente em muitas partes do mundo, caracterizada por fadiga e fraqueza, é classificada no DSM-IV como Transtorno Somatoforme Indiferenciado, se os sintomas persistirem por mais de 6 meses.

## Curso

O curso das queixas somáticas inexplicáveis individuais é imprevisível. O diagnóstico eventual de uma condição médica geral ou de outro transtorno mental é freqüente.

## Diagnóstico Diferencial

Consultar também a seção "Diagnóstico Diferencial" para o Transtorno de Somatização. O Transtorno Somatoforme Indiferenciado distingue-se do Transtorno de Somatização pela exigência, neste, de múltiplos sintomas com duração de vários anos e início antes dos 30 anos. Os indivíduos com Transtorno de Somatização tipicamente oferecem histórias inconsistentes, de modo que, em uma avaliação, podem relatar muitos sintomas que satisfazem os critérios para Transtorno de Somatização, ao passo que em outro momento podem relatar sintomas em quantidade bem menor, não satisfazendo todos os critérios. Caso as queixas somáticas persistam por menos de 6 meses, um diagnóstico de Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação deve ser feito. O Transtorno Somatoforme Indiferenciado não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por um outro transtorno mental. Outros transtornos mentais que freqüentemente incluem queixas somáticas inexplicáveis são Transtorno Depressivo Maior, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Ajustamento. Em contraste com o Transtorno Somatoforme Indiferenciado, os sintomas somáticos dos Transtornos Factícios e da Simulação são intencionalmente produzidos ou simulados. No Transtorno Factício, a motivação consiste em assumir o papel de doente para obter avaliação e tratamento médico, ao passo que na Simulação se vislumbram incentivos mais externos, tais como compensação financeira, esquiva de deveres, evasão de processos criminais ou obtenção de drogas.

Critérios Diagnósticos para F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado]

A. Uma ou mais queixas somáticas (por ex., fadiga, perda do apetite, queixas gastrintestinais ou urinárias).

B. (1) ou (2):

(1) após uma investigação apropriada, os sintomas não podem ser completamente explicados por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento)

(2) quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas somáticas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais.

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

D. A duração do distúrbio é de, pelo menos, 6 meses.

E. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., outro Transtorno Somatoforme, Disfunção Sexual, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno do Sono ou Transtorno Psicótico).

F. O sintoma não é intencionalmente produzido ou simulado (como no Transtorno Factício ou na Simulação)..

## **Transtornos Somatoformes - Parte 2**

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (isto é, não estão sob o controle voluntário). Os Transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, na medida em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos. O agrupamento desses transtornos em uma única seção fundamenta-se mais na utilidade clínica (isto é, a necessidade de excluir condições médicas gerais ocultas ou etiologias induzidas por substâncias para os sintomas físicos) do que em premissas envolvendo uma etiologia ou mecanismo em comum. Esses transtornos são encontrados com frequência nos contextos médicos gerais. Os seguintes Transtornos Somatoformes são incluídos nesta 1a. parte (em azul):



- O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos.
- O Transtorno Somatoforme Indiferenciado caracteriza-se por queixas físicas inexplicáveis, com duração mínima de 6 meses, abaixo do limiar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização.
- O Transtorno Conversivo envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Presume-se uma associação de fatores psicológicos com os sintomas e déficits.
- O Transtorno Doloroso caracteriza-se por dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos têm um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção. Hipocondria é preocupação com o medo ou a idéia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais.
- O Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física.
- O Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos Somatoformes.

#### **F44.x - 300.11 - Transtorno Conversivo**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Conversivo é a presença de sintomas ou déficits afetando a função motora ou sensorial voluntária, que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral (Critério A). Presumivelmente, há fatores psicológicos associados com o sintoma ou déficit; este julgamento fundamenta-se na observação de que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit é precedido por conflitos ou outros estressores (Critério B). Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados, como no Transtorno Factício ou na Simulação (Critério C). O Transtorno Conversivo não é diagnosticado se os sintomas ou déficits são plenamente explicados por uma condição neurológica ou outra condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância, ou como um comportamento ou experiência culturalmente sancionados (Critério D). O problema deve ser clinicamente significativo, o que é evidenciado por acentuado sofrimento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ou pelo fato de indicar avaliação médica (Critério E). O Transtorno Conversivo não é diagnosticado se os sintomas se limitam a dor ou disfunção sexual, se ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno de Somatização, ou se são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério F). Os sintomas conversivos estão relacionados ao funcionamento motor ou sensorial voluntário, motivo pelo qual são chamados de "pseudoneurológicos". Os sintomas ou déficits motores incluem prejuízo na coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, afonia, dificuldade para

engolir ou sensação de nó na garganta e retenção urinária. Os sintomas ou déficits sensoriais incluem perda da sensação de tato ou de dor, diplopia, cegueira, surdez e alucinações. Os sintomas também podem incluir convulsões. Quanto mais ingênua a pessoa é para assuntos médicos, mais implausíveis são os sintomas apresentados. As pessoas mais cultas tendem a ter sintomas e déficits mais sutis, que podem simular, quase à perfeição, condições neurológicas ou outras condições médicas gerais. Um diagnóstico de Transtorno Conversivo deve ser feito apenas depois que uma avaliação médica completa foi realizada para descartar, como etiologia, uma condição médica geral ou uma condição neurológica. Uma vez que a etiologia médica geral para muitos casos de aparente Transtorno Conversivo pode levar anos até se tornar evidente, o diagnóstico deve ser visto como experimental e provisório. Em estudos antigos, etiologias médicas gerais foram descobertas posteriormente, em 25 a 50% das pessoas inicialmente diagnosticadas com sintomas conversivos. Em estudos mais recentes, os erros de diagnóstico são menos evidentes, talvez refletindo maior conscientização quanto ao transtorno, bem como um maior aprimoramento do conhecimento e das técnicas diagnósticas. Uma história de outros sintomas somáticos (especialmente conversivos) ou dissociativos inexplicados significa uma maior probabilidade de que um aparente sintoma conversivo não seja devido a uma condição médica geral, especialmente se os critérios para Transtorno de Somatização foram satisfeitos no passado. Os sintomas conversivos tipicamente não se ajustam a vias anatômicas e mecanismos fisiológicos conhecidos, mas seguem a conceitualização do indivíduo quanto à condição. Uma "paralisia" pode envolver uma incapacidade de executar determinado movimento ou de mover toda uma parte do corpo, ao invés de corresponder a um déficit em um padrão de inervação motora. Os sintomas conversivos freqüentemente são inconsistentes. Uma extremidade "paralisada" poderá ser movida inadvertidamente enquanto o indivíduo se veste ou quando sua atenção é dirigida a outro ponto. Se colocado acima da cabeça e liberado, um braço "paralisado" poderá reter brevemente sua posição, depois cair para o lado, ao invés de golpear a cabeça. Podem ser demonstradas uma força não reconhecida nos músculos antagonistas, um tono muscular normal e reflexos intactos. Um eletromiograma se mostrará normal. A dificuldade para engolir é igual com líquidos e sólidos. A "anestesia" conversiva de um pé ou de uma mão pode seguir um padrão chamado "de luvas-e-meias", com perda uniforme (sem gradiente de proximal para distal) de todas as modalidades sensoriais (isto é, tato, temperatura e dor), acentuadamente demarcada por região anatômica, ao invés de por dermatômos. Uma "convulsão" conversiva varia de uma crise para outra, sem atividade paroxística evidente no EEG. Mesmo que essas orientações sejam seguidas à risca, ainda assim recomendamos cautela, pois o conhecimento dos mecanismos anatômicos e fisiológicos ainda é incompleto e os métodos disponíveis para uma avaliação objetiva têm limitações. Um amplo espectro de condições neurológicas pode ser incorretamente diagnosticado como Transtorno Conversivo. Entre estas destacam-se a esclerose múltipla, miastenia grave e distonias idiopáticas ou induzidas por substâncias. Entretanto, a presença de uma condição neurológica não descarta um diagnóstico de Transtorno Conversivo. Chegam a 30% os indivíduos com sintomas conversivos que podem ter uma condição neurológica atual ou prévia. O Transtorno Conversivo pode ser diagnosticado na presença de uma condição neurológica ou outra condição médica geral se os sintomas não são completamente explicados, considerando a natureza e gravidade da condição neurológica ou condição médica geral. Tradicionalmente, o termo conversão deriva da hipótese de que o sintoma

somático do indivíduo representa uma resolução simbólica de um conflito psicológico inconsciente, reduzindo a ansiedade e servindo para manter o conflito fora da consciência ("ganho primário"). O indivíduo também pode extrair um "ganho secundário" do sintoma conversivo, isto é, obtenção de benefícios externos ou esquiva de deveres ou responsabilidades indesejadas. Embora o conjunto de critérios do DSM-IV para Transtorno Conversivo não implique necessariamente que os sintomas envolvem esses conceitos, ele exige a associação de fatores psicológicos com seu início ou exacerbação. Uma vez que os fatores psicológicos são onipresentes em relação a condições médicas gerais, pode ser difícil estabelecer uma relação etiológica entre determinado fator psicológico e o sintoma ou déficit. Entretanto, um estreito relacionamento temporal entre o conflito ou estressor e o início ou exacerbação de uma situação pode ser útil para esta determinação, especialmente se a pessoa desenvolveu sintomas conversivos sob circunstâncias similares no passado. Embora o indivíduo possa obter ganhos secundários com o sintoma conversivo, à diferença da Simulação ou do Transtorno Factício, os sintomas não são intencionalmente produzidos para a obtenção de benefícios. A determinação de que um sintoma não é intencionalmente produzido ou simulado também pode ser difícil. Em geral, isto deve ser inferido a partir de uma criteriosa avaliação do contexto no qual o sintoma se desenvolve, com especial atenção às possíveis recompensas externas ou à adoção do papel de doente. A suplementação do relato oferecido pelo indivíduo com fontes adicionais de informações (por ex., colegas ou registros médicos) pode ser útil. O Transtorno Conversivo não é diagnosticado se um sintoma é completamente explicado como um comportamento ou experiência culturalmente sancionados. Por exemplo, "visões" ou "transes" que ocorrem como parte de rituais religiosos nos quais esses comportamentos são encorajados e esperados não justificam um diagnóstico de Transtorno Conversivo, a menos que o sintoma exceda o que é contextualmente esperado e cause demasiado sofrimento ou prejuízo. Na "histeria epidêmica", os sintomas compartilhados desenvolvem-se em um grupo limitado de pessoas após a "exposição" a um precipitador comum. Um diagnóstico de Transtorno Conversivo deve ser feito apenas se o indivíduo experimenta sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos.

## Subtipos

Os seguintes subtipos são anotados com base na natureza do sintoma ou déficit apresentado:

- F44.4 - Com Sintoma ou Déficit Motor. Este subtipo inclui sintomas tais como prejuízo da coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade para engolir ou "nó na garganta", afonia e retenção urinária.
- F44.6 - Com Sintoma ou Déficit Sensorial. Este subtipo inclui sintomas tais como perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez e alucinações.
- F44.5 - Com Ataques ou Convulsões. Este subtipo inclui ataques ou convulsões com componentes motores ou sensoriais voluntários.
- F44.7 - Com Apresentação Mista. Este subtipo é usado se os sintomas de mais de uma categoria são evidentes.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Os indivíduos com sintomas conversivos podem apresentar la belle indifférence (isto é, uma relativa falta de preocupação acerca da natureza ou implicações do sintoma), ou apresentar-se de uma forma dramática ou histriônica. Como tais indivíduos freqüentemente são sugestionáveis, seus sintomas podem ser modificados ou resolvidos com base em sugestões externas; entretanto, o clínico deve ter em mente que isto não é específico do Transtorno Conversivo, podendo também ocorrer com condições médicas gerais. Os sintomas podem ser mais comuns após um estresse psicossocial extremo (por ex., estado de guerra ou morte recente de uma pessoa importante para o indivíduo). A dependência e a adoção do papel de doente podem ser incentivadas no curso do tratamento. Outras queixas somáticas não conversivas são comuns. Os transtornos mentais associados incluem Transtornos Dissociativos, Transtorno Depressivo Maior e Transtornos da Personalidade Histriônica, Anti-Social e Dependente. Achados laboratoriais associados. Nenhuma anormalidade laboratorial específica está associada com o Transtorno Conversivo. Na verdade, a ausência dos achados esperados é que sugere e apóia o diagnóstico de Transtorno Conversivo. Entretanto, achados laboratoriais consistentes com uma condição médica geral não excluem o diagnóstico de Transtorno Conversivo, porque este apenas exige que um sintoma não seja completamente explicado por esta condição.

### Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

Os sintomas do Transtorno Conversivo tipicamente não se ajustam a vias anatômicas e mecanismos fisiológicos conhecidos. Portanto, os sinais objetivos esperados (por ex., alterações de reflexos) raramente estão presentes. Entretanto, um indivíduo pode desenvolver sintomas que se assemelham aos observados em outros ou em si mesmos (por ex., indivíduos com epilepsia podem simular "ataques" que se assemelham àqueles observados em outros ou ao modo como suas próprias convulsões lhes foram descritas por outros). Em geral, os sintomas conversivos individuais são autolimitados e não levam a alterações ou deficiências físicas. Raramente, alterações físicas tais como atrofia e contraturas podem ocorrer em consequência do desuso ou como seqüelas de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Cabe notar, entretanto, que podem ocorrer sintomas conversivos em indivíduos com condições neurológicas.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno Conversivo tem sido relatado com maior freqüência em populações rurais, indivíduos com situação sócio-econômica inferior e indivíduos menos familiarizados com conceitos médicos e psicológicos. Índices mais elevados de sintomas conversivos são relatados em regiões em desenvolvimento, sendo que a incidência em geral apresenta um declínio com o aumento do desenvolvimento. Quedas

com perda ou alteração da consciência representam uma característica de uma variedade de síndromes específicas à cultura. A forma do sintoma conversivo reflete as idéias culturais locais acerca de modos aceitáveis e credíveis de expressar o sofrimento. Alterações que lembram sintomas conversivos (bem como sintomas dissociativos) são aspectos comuns de certos rituais religiosos e de cura sancionados por determinadas culturas. O clínico deve determinar se esses sintomas são plenamente explicados pelo contexto social específico e se acarretam sofrimento, incapacitação ou comprometimento clinicamente significativos. Os sintomas conversivos em crianças com menos de 10 anos geralmente se limitam a problemas na marcha ou convulsões. O Transtorno Conversivo parece ser mais freqüente em mulheres do que em homens, com as taxas relatadas variando de 2:1 a 10:1. Especialmente em mulheres, os sintomas são muito mais comuns no lado esquerdo do corpo. As mulheres (raramente os homens) que se apresentam com sintomas conversivos podem, posteriormente, manifestar um quadro pleno de Transtorno de Somatização. Particularmente em homens, uma associação com Transtorno da Personalidade Anti-Social é evidente. O Transtorno Conversivo é visto com freqüência no contexto de acidentes industriais ou nas forças armadas, devendo, nesses casos, ser cuidadosamente diferenciado da Simulação.

### Prevalência

As taxas relatadas para Transtorno Conversivo variam amplamente, indo de 11:100.000 a 300:100.000 nas amostras da população geral. Ele tem sido relatado como foco de tratamento em 1-3% dos encaminhamentos ambulatoriais para clínicas de saúde mental.

### Curso

O início do Transtorno Conversivo em geral ocorre do final da infância aos primeiros anos da idade adulta (raramente antes dos 10 anos ou após os 35), mas um início tardio, até a nona década de vida, tem sido relatado. Quando um aparente Transtorno Conversivo se desenvolve pela primeira vez na meia-idade ou idade avançada, é alta a probabilidade de uma condição médica geral ou condição neurológica oculta. O início do Transtorno Conversivo geralmente é agudo, mas uma sintomatologia com aumento gradual também pode ocorrer. Tipicamente, os sintomas conversivos individuais têm curta duração. Em indivíduos hospitalizados com sintomas conversivos, os sintomas apresentam remissão em 2 semanas, na maioria dos casos. A recorrência é comum, ocorrendo em 20 a 25% dos indivíduos em 1 ano, sendo que uma única recorrência prediz episódios futuros. Os fatores associados com um bom prognóstico incluem início agudo, presença de um estresse claramente identificável no momento do início, um curto intervalo entre o aparecimento dos sintomas e a instituição do tratamento e inteligência acima da média. Sintomas de paralisia, afonia e cegueira estão associados com um bom prognóstico, o que não ocorre com tremores e convulsões.

## Padrão Familiar

Dados limitados sugerem que os sintomas conversivos são mais frequentes em parentes de indivíduos com Transtorno Conversivo. Há relatos de um risco aumentado para Transtorno Conversivo em gêmeos monozigóticos, mas não em gêmeos dizigóticos.

## Diagnóstico Diferencial

A principal preocupação diagnóstica na avaliação de possíveis sintomas conversivos é a exclusão de condições neurológicas ou outras condições médicas gerais ocultas e etiologias induzidas por substâncias (inclusive medicamentos). A avaliação apropriada de possíveis condições médicas gerais (por ex., esclerose múltipla, miastenia grave) deve incluir uma atenta revisão da apresentação atual, anamnese médica geral, exames neurológicos e físicos gerais e estudos laboratoriais apropriados, incluindo uma investigação quanto ao uso de álcool e outras substâncias. Um Transtorno Doloroso ou uma Disfunção Sexual são diagnosticados ao invés de Transtorno Conversivo se os sintomas se limitam a dor ou disfunção sexual, respectivamente. Um diagnóstico adicional de Transtorno Conversivo não deve ser feito se os sintomas conversivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno de Somatização. O Transtorno Conversivo não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., sintomas catatônicos ou delírios somáticos na Esquizofrenia, outros Transtornos Psicóticos ou Transtorno do Humor, ou dificuldade para engolir durante um Ataque de Pânico). Na Hipocondria, o indivíduo preocupa-se com uma "doença grave" subjacente aos sintomas pseudoneurológicos, ao passo que no Transtorno Conversivo o foco reside no sintoma apresentado, podendo haver *la belle indifférence*. No Transtorno Dismórfico Corporal, a ênfase recai sobre uma preocupação com um defeito imaginado ou leve na aparência, ao invés de haver uma alteração na função motora ou sensorial voluntária. O Transtorno Conversivo compartilha características dos Transtornos Dissociativos. Ambos os transtornos envolvem sintomas sugestivos de disfunção neurológica e também podem ter antecedentes em comum. Se tanto sintomas conversivos quanto dissociativos ocorrem no mesmo indivíduo (o que é comum), ambos os diagnósticos devem ser feitos. Ainda existem controvérsias quanto a alucinações ("pseudoalucinações") serem consideradas como o sintoma de apresentação do Transtorno Conversivo. Diferentemente das alucinações que ocorrem no contexto de um Transtorno Psicótico (por ex., Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Relacionado a Substância ou Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos), as alucinações no Transtorno Conversivo geralmente ocorrem com insight intacto na ausência de outros sintomas psicóticos, envolvem, com maior frequência, mais de uma modalidade sensorial (por ex., uma alucinação envolvendo componentes visuais, auditivos e táteis) e muitas vezes têm um conteúdo ingênuo, fantástico ou infantil. Há, em geral, um significado psicológico e tendem a ser descritas pelo indivíduo na forma de uma história interessante. Os sintomas de Transtornos Factícios e Simulação são intencionalmente produzidos ou simulados. No Transtorno Factício, a motivação consiste em assumir o papel de enfermo para obter avaliação e tratamento médicos, ao passo que objetivos

mais óbvios, tais como compensação financeira, esquiva de deveres, evasão de processos criminais ou obtenção de drogas, são perceptíveis na Simulação. Esses objetivos podem assemelhar-se aos "ganhos secundários" nos sintomas conversivos, distinguindo-se estes últimos pela falta de intenção consciente na sua produção.

#### Critérios Diagnósticos para F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

A. Um ou mais sintomas ou déficits afetando a função motora ou sensorial voluntária, que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral.

B. Fatores psicológicos são julgados como associados com o sintoma ou déficit, uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit é precedido por conflitos ou outros estressores.

C. O sintoma ou déficit não é intencionalmente produzido ou simulado (como no Transtorno Factício ou na Simulação).

D. O sintoma ou déficit não pode, após investigação apropriada, ser completamente explicado por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um comportamento ou experiência culturalmente sancionados.

E. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ou indica avaliação médica.

F. O sintoma ou déficit não se limita a dor ou disfunção sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno de Somatização, nem é melhor explicado por outro transtorno mental.

Especificar tipo de sintoma ou déficit:

- Com Sintoma ou Déficit Motor
- Com Sintoma ou Déficit Sensorial
- Com Ataques ou Convulsões
- Com Apresentação Mista

#### **F45.4 - Transtorno Doloroso**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Doloroso é uma dor que se torna o foco predominante da apresentação clínica, sendo suficientemente severa para indicar uma

atenção clínica (Critério A). A dor causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério B). Fatores psicológicos supostamente exercem um papel significativo no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor (Critério C). A dor não é intencionalmente produzida ou simulada como no Transtorno Factício ou na Simulação (Critério D). O Transtorno Doloroso não é diagnosticado se a dor é melhor explicada por um Transtorno do Humor, de Ansiedade ou Psicótico, ou se a apresentação dolorosa satisfaz os critérios para Dispareunia (Critério E). Exemplos de prejuízo resultante da dor incluem incapacidade de comparecer ao emprego ou à escola, uso freqüente do sistema de saúde, transformação da dor em um foco importante da vida do indivíduo, uso substancial de medicamentos e problemas de relacionamento tais como desajuste conjugal e perturbação no estilo normal de vida do indivíduo. Os fatores psicológicos envolvidos podem consistir de um outro transtorno do Eixo I ou do Eixo II (que também seria diagnosticado) ou podem ser de uma natureza que não alcança o limiar para este transtorno (por ex., reações a estressores psicossociais).

### Subtipos e Especificadores

O Transtorno Doloroso é codificado de acordo com o subtipo que melhor caracteriza os fatores envolvidos na etiologia e manutenção da dor:

307.80 Transtorno Doloroso Associado Com Fatores Psicológicos. Este subtipo é usado quando fatores psicológicos presumivelmente exercem um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor. Neste subtipo, condições médicas gerais não exercem um papel ou exercem um papel mínimo no início ou manutenção da dor. Este subtipo não é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para Transtorno de Somatização.

307.89 Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral. Este subtipo é usado quando tanto fatores psicológicos quanto uma condição médica geral supostamente desempenham papéis importantes no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor. O sítio anatômico da dor ou condição médica geral associada é codificado no Eixo III (ver "Procedimentos de Registro").

Transtorno Doloroso Associado Com uma Condição Médica Geral. Este subtipo de Transtorno Doloroso não é considerado um transtorno mental e é codificado no Eixo III. Ele é relacionado nesta seção para facilitar o diagnóstico diferencial. A dor resulta de uma condição médica geral e os fatores psicológicos supostamente não desempenham um papel ou o fazem apenas minimamente no início ou manutenção da dor. O código da CID-9-MC para este subtipo é selecionado com base na localização da dor ou na condição médica geral associada, se esta foi estabelecida (ver "Procedimentos de Registro"). Para o Transtorno Doloroso Associado Com Fatores Psicológicos e Transtorno Doloroso Associado Tanto Com Fatores Psicológicos Quanto Com uma Condição Médica Geral, os seguintes especificadores podem ser anotados, indicando a duração da dor:



Agudo. Este especificador é usado se a duração da dor é inferior a 6 meses.

Crônico. Este especificador é usado se a duração da dor é de 6 meses ou mais.

## Procedimentos de Registro

O código diagnóstico para Transtorno Doloroso é selecionado com base nos subtipos descritos acima. O código é 307.80 para Transtorno Doloroso Associado Com Fatores Psicológicos. Para Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral, codifica-se 307.89 no Eixo I, e a condição médica geral ou sítio anatômico doloroso associado é codificado no Eixo III (por ex., 307.89 Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral no Eixo I; 357.2 Polineuropatia Diabética no Eixo III). Para Transtorno Doloroso Associado Com uma Condição Médica Geral, o código diagnóstico para a dor é selecionado com base na condição médica geral associada, se alguma foi estabelecida (ver Apêndice G), ou na localização anatômica da dor, se a condição médica geral subjacente ainda não foi claramente estabelecida — por exemplo, dor lombar (724.2), ciática (724.3), pélvica (625.9), de cabeça (784.0), facial (784.0), torácica (786.50), articular (719.4), óssea (733.90), abdominal (789.0), nas mamas (611.71), renal (788.0), de ouvido (388.70), ocular (379.91), de garganta (784.1), de dentes (525.9) e urinária (788.0).

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. A dor pode perturbar severamente vários aspectos da vida diária. Desemprego, debilitação e problemas familiares freqüentemente são encontrados entre os indivíduos com formas crônicas de Transtorno Doloroso. Dependência ou Abuso de Opióides e Dependência ou Abuso de Benzodiazepínicos podem desenvolver-se por iatrogenia. Os indivíduos cuja dor está associada com severa depressão e aqueles cuja dor se relaciona a uma doença terminal, mais notadamente câncer, parecem estar em risco aumentado de suicídio. Os indivíduos com dor aguda ou crônica recorrente por vezes têm a convicção de que deve existir, em algum local, um médico que tenha a "cura" para sua dor. Eles podem gastar tempo e dinheiro na busca de um objetivo inatingível. A dor pode levar à inatividade e ao isolamento social, que, por sua vez, podem levar a problemas psicológicos adicionais (por ex., depressão) e a uma redução na resistência física, que resulta em mais fadiga e dor. O Transtorno Doloroso parece estar associado com outros transtornos mentais, especialmente Transtornos do Humor e de Ansiedade. A dor crônica parece estar associada, mais freqüentemente, a Transtornos Depressivos, enquanto a dor aguda parece estar associada, com maior freqüência, a Transtornos de Ansiedade. Os transtornos mentais associados podem preceder o Transtorno Doloroso (e possivelmente predispor o indivíduo a ele), ocorrer concomitantemente ou resultar dele. As formas tanto aguda quanto crônica de Transtorno Doloroso freqüentemente estão associadas com insônia.

Achados laboratoriais associados.

No Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral, exames laboratoriais apropriados são capazes de revelar uma patologia associada com a dor (por ex., descoberta de um disco lombar herniado em uma imagem por ressonância magnética em um indivíduo com dor lombar radicular). Entretanto, condições médicas gerais também podem estar presentes na ausência de achados objetivos. Por outro lado, a presença desses achados juntamente com a dor pode ser mera coincidência.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

No Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral, o exame físico pode revelar uma patologia associada com a dor. O Transtorno Doloroso pode estar associado com muitas condições médicas gerais, entre elas várias condições músculo-esqueléticas (por ex., hérnia de disco, osteoporose, osteoartrite ou artrite reumatóide, síndromes miofaciais), neuropatias (por ex., neuropatias diabéticas, neuralgia pós-herpética) e condições malignas (por ex., lesões ósseas metastáticas, infiltração do tumor nos nervos). As tentativas de tratar a dor podem acarretar problemas adicionais, alguns dos quais podem causar ainda mais dor (por ex., uso de drogas antiinflamatórias não-esteróides provocando sofrimento gastrointestinal, cirurgia resultando em aderências).

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Pode haver diferenças na forma como variados grupos étnicos e culturais respondem a estímulos dolorosos e no modo como expressam suas reações à dor. Entretanto, em vista de tamanha variação individual, esses fatores têm utilidade limitada na avaliação e manejo de indivíduos com Transtorno Doloroso. O Transtorno Doloroso pode ocorrer em qualquer idade. As mulheres parecem experimentar certas condições dolorosas crônicas, mais notadamente cefaléias e dor músculo-esquelética, mais freqüentemente do que os homens.

Prevalência

O Transtorno Doloroso parece ser relativamente comum. Por exemplo, estima-se que, em qualquer ano determinado, 10-15% dos adultos nos Estados Unidos têm alguma forma de incapacitação para o trabalho devido unicamente à dor lombar.

Curso

A maior parte das dores agudas resolve-se em períodos relativamente curtos. Existe uma ampla faixa de variabilidade no início da dor crônica. Na maioria dos casos, o sintoma persiste por muitos anos, até que o indivíduo chegue à atenção de um profissional de saúde mental. Fatores importantes que parecem influenciar a recuperação do Transtorno Doloroso são a participação do indivíduo em atividades regularmente marcadas (por ex., trabalho) apesar da dor, e a resistência a permitir que a dor se transforme no fator determinante de seu estilo de vida.

### Padrão Familiar

Transtornos Depressivos, Dependência de Álcool e dor crônica podem ser mais comuns em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Doloroso crônico.

### Diagnóstico Diferencial

Há sintomas dolorosos incluídos nos critérios de diagnóstico para Transtorno de Somatização. Se a dor associada com fatores psicológicos ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno de Somatização, não é feito um diagnóstico adicional de Transtorno Doloroso Associado Com Fatores Psicológicos. Da mesma forma, se a apresentação dolorosa satisfaz os critérios para Dispareunia (isto é, dor associada com o intercurso sexual), não se aplica um diagnóstico adicional de Transtorno Doloroso. Queixas de dor podem ser proeminentes em indivíduos com Transtorno Conversivo, mas, por definição, o Transtorno Conversivo não se limitam a sintomas dolorosos. Os sintomas dolorosos são características comumente associadas a outros transtornos mentais (por ex., Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Psicóticos). Um diagnóstico adicional de Transtorno Doloroso deve ser considerado apenas se a dor é um foco independente de atenção clínica, se provocar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos e se exceder a dor geralmente associada com o outro transtorno mental. Sintomas dolorosos podem ser intencionalmente produzidos ou simulados no Transtorno Factício ou na Simulação. No Transtorno Factício, a motivação consiste em assumir o papel de doente e obter avaliação e tratamento médicos, enquanto objetivos mais óbvios, tais como compensação financeira, esquiva de deveres relacionados com o serviço militar ou encarceramento, esquiva de processos criminais ou obtenção de drogas, são aparentes na Simulação. Relação com a Taxonomia Proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor O Sub-Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor propôs um sistema de cinco eixos para a categorização da dor crônica, de acordo com:

I) região anatômica,

II) sistema orgânico,

III) características temporais e padrão de ocorrência da dor,

IV) declaração do paciente quanto à intensidade e tempo desde o início da dor, e

V) etiologia. Este sistema de cinco eixos enfoca primariamente as manifestações físicas da dor. Ele fornece comentários sobre os fatores psicológicos tanto no segundo eixo, onde pode ser codificado o envolvimento de um transtorno mental, quanto no quinto eixo, onde as possíveis etiologias incluem "psicofisiológica" e "psicológica".

### CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DOLOROSO

A. Dor em um ou mais sítios anatômicos é o foco predominante da apresentação clínica, com suficiente gravidade para indicar atenção clínica.

B. A dor causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Fatores psicológicos supostamente exercem um papel importante no início, gravidade, exacerbação e manutenção da dor.

D. O sintoma ou déficit não é intencionalmente produzido ou simulado (como no Transtorno Factício ou na Simulação).

E. A dor não é melhor explicada por um Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade ou Transtorno Psicótico e não satisfaz os critérios para Dispareunia.

Codificar como abaixo:

307.80 Transtorno Doloroso Associado Com Fatores Psicológicos: fatores psicológicos supostamente exercem um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor (se uma condição médica geral está presente, ela não desempenha um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor). Este tipo de Transtorno Doloroso não é diagnosticado se também são satisfeitos os critérios para Transtorno de Somatização.

Especificar se:

Agudo: duração inferior a 6 meses.

Crônico: duração de 6 meses ou mais.

307.89 Transtorno Doloroso Associado tanto Com Fatores Psicológicos quanto Com uma Condição Médica Geral: tanto fatores psicológicos quanto uma condição médica geral supostamente exercem importantes papéis no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor. A condição médica geral associada ou o sítio anatômico da dor (ver abaixo) é codificado no Eixo III.

Especificar se:

Agudo: duração inferior a 6 meses.

Crônico: duração de 6 meses ou mais

Nota: O que vem a seguir não é considerado transtorno mental, sendo incluído aqui para facilitar o diagnóstico diferencial.

**Transtorno Doloroso Associado Com uma Condição Médica Geral:** uma condição médica geral desempenha um papel preponderante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor (se fatores psicológicos estão presentes, eles supostamente não têm um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor). O código diagnóstico para a dor é selecionado com base na condição médica geral associada, se alguma foi estabelecida (ver Apêndice G), ou no sítio anatômico da dor, se a condição médica geral subjacente não foi claramente estabelecida — por exemplo, dor lombar (724.2), ciática (724.3), pélvica (625.9), de cabeça (784.0), facial (784.0), torácica (786.50), articular (719.4), óssea (733.90), abdominal (789.0), nas mamas (611.71), renal (788.0), de ouvido (388.70), ocular (379.91), de garganta (784.1), de dentes (525.9) e urinária (788.0).

### **Transtornos Somatoformes - Parte 3**

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (isto é, não estão sob o controle voluntário). Os Transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, na medida em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos. O agrupamento desses transtornos em uma única seção fundamenta-se mais na utilidade clínica (isto é, a necessidade de excluir condições médicas gerais ocultas ou etiologias induzidas por substâncias para os sintomas físicos) do que em premissas envolvendo uma etiologia ou mecanismo em comum. Esses transtornos são encontrados com frequência nos contextos médicos gerais. Os seguintes Transtornos Somatoformes são incluídos nesta 1a. parte (em azul):

- O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos.
- O Transtorno Somatoforme Indiferenciado caracteriza-se por queixas físicas inexplicáveis, com duração mínima de 6 meses, abaixo do limiar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização.
- O Transtorno Conversivo envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Presume-se uma associação de fatores psicológicos com os sintomas e déficits.
- O Transtorno Doloroso caracteriza-se por dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos têm um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção. Hipocondria é preocupação com o medo ou a idéia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais.
- O Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física.
- O Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos Somatoformes.

## **F45.2 - 300.7 - Transtorno Dismórfico Corporal**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (historicamente conhecido como dismorfofobia) é um preocupação com um defeito na aparência (Critério A). O defeito é imaginado ou, se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva (Critério A). A preocupação deve causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa) (Critério C). As queixas geralmente envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou na cabeça, tais como perda de cabelos, acne, rugas, cicatrizes, marcas vasculares, palidez ou rubor, inchaço, assimetria ou desproporção facial, ou pêlos faciais excessivos. Outras preocupações comuns incluem o tamanho, a forma ou algum outro aspecto do nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, orelhas, boca, lábios, dentes, mandíbula, queixo, bochechas ou cabeça. Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação (por ex., genitais, seios, nádegas, abdômen, braços, mãos, pés, pernas, quadris, ombros, espinha, regiões corporais maiores, ou tamanho geral do corpo). A preocupação pode concentrar-se simultaneamente em diversas partes do corpo. Embora a queixa frequentemente seja específica (por ex., lábio "torto" ou nariz "chato"), ela por vezes pode ser vaga ("face caída" ou olhos "inadequadamente fixos"). Em vista do seu embaraço com suas preocupações, alguns indivíduos com Transtorno Dismórfico

Corporal evitam descrever seus "defeitos" em detalhes, podendo referir-se apenas à sua "feiúra" geral. A maior parte dos indivíduos com este transtorno experimenta acentuado sofrimento acerca de sua suposta deformidade, em geral descrevendo suas preocupações como "intensamente dolorosas", como "um tormento" ou "devastadoras". A maioria considera difícil controlá-las e faz pouca ou nenhuma tentativa no sentido de resistir a elas. Em consequência disto, freqüentemente passam horas por dia pensando em seu "defeito", a ponto de esses pensamentos poderem vir a dominar suas vidas. Um prejuízo significativo em muitas áreas do funcionamento geralmente ocorre. Os sentimentos de desconforto com seu "defeito" podem levá-los a evitar o trabalho ou situações públicas.

## Características e Transtornos Associados

Freqüentes verificações frente ao espelho e exames do "defeito" em outras superfícies refletoras disponíveis (por ex., vitrines de lojas, pára-brisas de automóveis, vidros dos mostradores de relógios) podem consumir horas por dia. Alguns indivíduos utilizam luzes especiais ou espelhos de aumento para examinar o "defeito". Pode haver um excessivo comportamento de cuidados com a aparência (por ex., escovação excessiva dos cabelos, remoção de pêlos, aplicação ritualizada de maquiagem ou beliscar a pele). Embora a verificação e o ato de se arrumar tenham por objetivo, para alguns indivíduos, diminuir a ansiedade relativa ao "defeito", tais comportamentos com freqüência intensificam a preocupação e a ansiedade associada. Conseqüentemente, alguns indivíduos evitam espelhos, às vezes cobrindo-os ou removendo-os de seu ambiente. Outros parecem alternar-se entre períodos de excessiva verificação e a esquiva de espelhos. Pode haver freqüentes pedidos de garantias sobre o "defeito", mas estas, quando muito, levam a um alívio apenas temporário. Os indivíduos com o transtorno também podem, freqüentemente, comparar a parte "feia" de seu corpo com a de outros. Idéias de referência relacionadas ao defeito imaginado também são comuns. Os indivíduos com este transtorno freqüentemente pensam que os outros podem estar observando (ou certamente estão) com especial atenção sua suposta deficiência, talvez falando dela ou ridicularizando-a. Esses indivíduos podem tentar camuflar seu "defeito" (por ex., deixar crescer a barba para encobrir cicatrizes faciais imaginadas, usar chapéu para esconder uma imaginada perda de cabelos, colocar enchimento em cuecas e calções para aumentar um pênis "pequeno"). Algumas dessas pessoas podem preocupar-se excessivamente com temores de que a parte corporal "feia" venha a apresentar alguma disfunção ou seja extremamente frágil, em constante perigo de sofrer danos. A esquiva de atividades costumeiras pode levar a um extremo isolamento social. Em alguns casos, os indivíduos podem sair de suas casas somente à noite, quando não podem ser vistos, ou ficar confinados ao lar, às vezes por anos. Os indivíduos com este transtorno podem abandonar a escola, evitar entrevistas de emprego, trabalhar em ocupações abaixo de suas capacidades ou não trabalhar em absoluto. Eles podem ter poucos amigos, evitar encontros românticos e outras interações sociais, ter dificuldades conjugais ou divorciar-se em razão de seus sintomas. O sofrimento e a disfunção associados com este transtorno, embora variáveis, podem provocar repetidas hospitalizações e ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio completado. Os indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal freqüentemente buscam e recebem tratamentos médicos gerais, dentários ou cirúrgicos para a correção de seus imaginados

defeitos. Este tratamento pode piorar o transtorno, levando a uma intensificação ou a novas preocupações, que podem, por sua vez, levar a procedimentos mal-sucedidos adicionais, de modo que os indivíduos podem, por fim, possuir narizes, orelhas, seios e quadris "postigos", com os quais ainda sentem insatisfação. O Transtorno Dismórfico Corporal pode estar associado com Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Delirante, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Preocupações culturais acerca da aparência física e da importância da apresentação física adequada podem influenciar ou ampliar preocupações acerca de uma imaginada deformidade física. Evidências preliminares sugerem que o Transtorno Dismórfico Corporal é diagnosticado com frequência aproximadamente igual em mulheres e homens.

### Prevalência

Embora faltem informações confiáveis, o Transtorno Dismórfico Corporal pode ser mais comum do que anteriormente se supunha.

### Curso

O Transtorno Dismórfico Corporal em geral inicia durante a adolescência, podendo não ser diagnosticado por muitos anos, frequentemente porque os indivíduos com o transtorno relutam em revelar seus sintomas. O início pode ser gradual ou súbito. O transtorno em geral tem um curso razoavelmente contínuo, com poucos intervalos livres de sintomas, embora a intensidade dos sintomas possa aumentar e diminuir ao longo do tempo. A parte do corpo na qual reside o foco da preocupação pode permanecer a mesma ou mudar.

### Diagnóstico Diferencial

À diferença das preocupações normais acerca da aparência, a preocupação com a aparência no Transtorno Dismórfico Corporal consome excessivo tempo e está associada com sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo. Entretanto, o Transtorno Dismórfico Corporal pode ser insuficientemente reconhecido em contextos nos quais são executados procedimentos cosméticos. O diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal não deve ser feito se a preocupação é melhor explicada por outro transtorno mental. O Transtorno Dismórfico Corporal não deve ser diagnosticado se a preocupação excessiva se restringe à "gordura" na Anorexia Nervosa, se a preocupação



do indivíduo se limita ao desconforto ou a um sentimento de inadequação acerca de suas características sexuais primárias ou secundárias ocorrendo no Transtorno da Identidade de Gênero, ou se a preocupação está limitada a rumações congruentes com o humor, envolvendo aparência, as quais ocorrem exclusivamente durante um Episódio Depressivo Maior. Indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva ou Fobia Social podem preocupar-se acerca de serem embaraçados por defeitos reais na aparência, mas esta preocupação em geral não é proeminente, persistente ou angustiante, não consome tempo nem causa prejuízos. Embora os indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal tenham preocupações obsessivas com sua aparência e possam ter comportamentos compulsivos associados (por ex., mirar-se em espelhos), um diagnóstico separado de Transtorno Obsessivo-Compulsivo é dado apenas quando as obsessões ou compulsões não estão restritas a preocupações com a aparência. Os indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal podem receber um diagnóstico adicional de Transtorno Delirante, Tipo Somático, se sua preocupação com um imaginado defeito na aparência é mantida com uma intensidade delirante. O koro é uma síndrome ligada à cultura, que ocorre primariamente no sudeste da Ásia e pode estar relacionada ao Transtorno Dismórfico Corporal. A condição caracteriza-se pela preocupação de que o pênis está encolhendo e desaparecerá no abdômen, resultando em morte. O koro difere do Transtorno Dismórfico Corporal por sua duração geralmente breve, características associadas diferentes (primariamente ansiedade aguda e medo da morte), resposta positiva a garantias verbais e ocasional ocorrência como epidemia.

#### Critérios Diagnósticos para F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

- A. Preocupação com um imaginado defeito na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
- B. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa).

#### **F45.9 - 300.81 Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação**

Esta categoria inclui transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno somatoforme específico. Exemplos:

1. Pseudociese: uma falsa crença de estar grávida, associada com sinais objetivos de gravidez, que podem incluir aumento abdominal (embora o umbigo não sofra alteração), redução do fluxo menstrual, amenorréia, sensação subjetiva de movimento fetal, náusea, aumento das mamas e secreções e dores de trabalho de parto na data

esperada. Alterações endócrinas podem estar presentes, mas a síndrome não pode ser explicada por uma condição médica geral que cause alterações endócrinas (por ex., um tumor secretor de hormônios).

2. Um transtorno envolvendo sintomas hipocondríacos não-psicóticos com duração inferior a 6 meses.

3. Um transtorno envolvendo queixas somáticas inexplicáveis (por ex., fadiga ou fraqueza corporal) com duração inferior a 6 meses, não devido a outro transtorno mental.

## **Transtornos Sexuais**

Esta seção contém as Disfunções Sexuais, as Parafilias e os Transtornos da Identidade de Gênero. As Disfunções Sexuais caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal. As Disfunções Sexuais incluem (em azul os títulos desta página, os demais estão nas outras):

### **Disfunções Sexuais**

- Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo
- Transtorno de Aversão Sexual
- Transtorno da Excitação Sexual
- Transtorno da Excitação Sexual Feminina
- Transtorno Erétil Masculino
- Transtornos Orgásmicos
- Transtorno Orgásmico Feminino
- Transtorno Orgásmico Masculino
- Ejaculação Precoce
- Transtornos de dor Sexual
- Dispareunia
- Vaginismo
- Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral
- Disfunção Sexual Induzida por Substância
- PARAFILIAS
- Exibicionismo
- Fetichismo
- Frotteurismo
- Pedofilia
- Masoquismo
- Sadismo
- Fetichismo Transvéstico
- Voyeurismo

- Parafilia Sem Outra Especificação:
- ....escatologia telefônica, necrofilia, parcialismo,
- ....zoofilia, coprofilia, clismafilia e urofilia
- Transtornos da Identidade de Gênero

As Parafilias são caracterizadas por anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Os Transtornos da Identidade de Gênero caracterizam-se por uma forte identificação sexual com o gênero oposto, acompanhada por desconforto persistente com o próprio sexo atribuído. O Transtorno Sexual Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos do funcionamento sexual não classificáveis em qualquer das categorias específicas. Cabe notar que as noções de desvio, padrões de desempenho sexual e conceitos de papel apropriado para o gênero podem variar entre as culturas.

## **Disfunções Sexuais**

Uma Disfunção Sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada com o intercurso sexual. O ciclo de resposta sexual pode ser dividido nas seguintes fases:

1. Desejo: Esta fase consiste de fantasias acerca da atividade sexual e desejo de ter atividade sexual.
2. Excitação: Esta fase consiste de um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. As principais alterações no homem consistem de tumescência e ereção peniana. As principais alterações na mulher consistem de vasocongestão pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa.
3. Orgasmo: Esta fase consiste de um clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. No homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação de sêmen. Na mulher, ocorrem contrações (nem sempre experimentados subjetivamente como tais) da parede do terço inferior da vagina. Em ambos os gêneros, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente.
4. Resolução: Esta fase consiste de uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Durante esta fase, os homens são fisiologicamente refratários a outra ereção e orgasmo por um período variável de tempo. Em contrapartida, as mulheres podem ser capazes de responder a uma estimulação adicional quase que imediatamente. Os transtornos da resposta sexual podem ocorrer em uma ou mais dessas fases. Sempre

que mais de uma Disfunção Sexual estiver presente, todas são registradas. Os conjuntos de critérios não fazem qualquer tentativa de especificar uma frequência mínima ou faixa de contextos, atividades ou tipos de encontros sexuais nos quais a disfunção deve ocorrer. Este julgamento deve ser feito pelo clínico, levando em consideração fatores tais como a idade e experiência do indivíduo, frequência e cronicidade do sintoma, sofrimento subjetivo e efeito sobre outras áreas do funcionamento. As palavras "persistente ou recorrente" nos critérios de diagnóstico indicam a necessidade deste julgamento clínico. Se a estimulação sexual é inadequada em foco, intensidade ou duração, não é feito o diagnóstico de Disfunção Sexual envolvendo excitação ou orgasmo.

## Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar o início, contexto e fatores etiológicos associados com as Disfunções Sexuais. Se múltiplas Disfunções Sexuais estão presentes, os subtipos apropriados para cada uma podem ser anotados. Estes subtipos não se aplicam a um diagnóstico de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral ou Disfunção Sexual Induzida por Substância. Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a natureza do início da Disfunção Sexual:

**Tipo Ao Longo da Vida.** Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual está presente desde o início do funcionamento sexual.

**Tipo Adquirido.** Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal. Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar o contexto no qual a Disfunção Sexual ocorre:

**Tipo Generalizado.** Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual não está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

**Tipo Situacional.** Este subtipo se aplica se a Disfunção Sexual está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros. Embora na maior parte dos casos as disfunções ocorram durante a atividade sexual com um parceiro, em alguns casos pode ser apropriado identificar disfunções que ocorrem durante a masturbação. Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar os fatores etiológicos associados com a Disfunção Sexual: **Devido a Fatores Psicológicos.** Este subtipo aplica-se quando fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual, e condições médicas gerais e substâncias não exercem qualquer papel na etiologia da Disfunção Sexual.

**Devido a Fatores Combinados.** Este subtipo aplica-se quando 1) fatores psicológicos supostamente desempenham um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual e 2) uma condição médica geral ou uso de substância também contribui, supostamente, mas não basta para explicar a Disfunção Sexual. Se uma condição médica geral ou uso de substância (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente para explicar a Disfunção Sexual, pode-se diagnosticar

## Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral e/ou Disfunção Sexual Induzida por Substância.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O discernimento clínico acerca da presença de uma Disfunção Sexual deve levar em consideração a bagagem étnica, cultural, religiosa e social do indivíduo, que pode influenciar o desejo sexual, as expectativas e atitudes quanto ao desempenho. Em algumas sociedades, por exemplo, o desejo sexual por parte da mulher recebe menor relevância (especialmente quando a fertilidade é a preocupação principal). O envelhecimento do indivíduo pode estar associado com uma diminuição do interesse e funcionamento sexual (especialmente em homens), mas existem amplas diferenças individuais nos efeitos da idade.

### Prevalência

Existem muito poucos dados epidemiológicos envolvendo a prevalência das várias disfunções sexuais, e esses mostram uma variabilidade extrema, provavelmente refletindo diferenças nos métodos de avaliação, definições usadas e características das populações amostradas.

### Diagnóstico Diferencial

Se o clínico considera que a Disfunção Sexual é causada exclusivamente pelos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral, o diagnóstico é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Quando se supõe que a Disfunção Sexual é causada exclusivamente pelos efeitos fisiológicos de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina, o diagnóstico é de Disfunção Sexual Induzida por Substância. Cabe ao clínico investigar atentamente a natureza e extensão do uso de substâncias, inclusive medicamentos. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, em 4 semanas) a Intoxicação com Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicativos de uma Disfunção Sexual Induzida por Substância, dependendo do tipo ou quantidade da substância usada ou duração do uso. Se o clínico determinar que a disfunção sexual se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, podem ser dados ambos os diagnósticos (isto é, Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral e Disfunção Sexual Induzida por Substância). Um diagnóstico de Disfunção Sexual primária com o subtipo Devido a Fatores Combinados é feito quando se presume o papel etiológico de uma combinação de fatores psicológicos e uma condição médica geral ou substância, mas nenhuma etiologia isolada é suficiente para explicar a disfunção. Se o clínico não consegue determinar os papéis etiológicos dos fatores psicológicos, de uma condição médica geral e do uso de uma substância, diagnostica-se

Disfunção Sexual Sem Outra Especificação. O diagnóstico de Disfunção Sexual também não é feito se a disfunção é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., se a redução do desejo sexual ocorre apenas no contexto de um Episódio Depressivo Maior). Entretanto, se a perturbação no funcionamento sexual antecede o transtorno do Eixo I ou é um foco de atenção clínica independente, pode ser feito um diagnóstico adicional de Disfunção Sexual. Em geral, se uma Disfunção Sexual está presente (por ex., Transtorno da Excitação Sexual), Disfunções Sexuais adicionais também estarão presentes (por ex., Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo). Nesses casos, todos os transtornos devem ser diagnosticados. Um Transtorno da Personalidade pode coexistir com uma Disfunção Sexual. Nestes casos, a Disfunção Sexual deve ser registrada no Eixo I, e o Transtorno da Personalidade, no Eixo II. Se uma outra condição clínica, como Problema de Relacionamento, está associada com a perturbação no funcionamento sexual, a Disfunção Sexual deve ser diagnosticada, e a outra condição clínica também é anotada no Eixo I. Problemas ocasionais com o desejo sexual, excitação ou orgasmo que não são persistentes ou recorrentes ou não são acompanhados por acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não são considerados como Disfunções Sexuais.

## **F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual (Critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto uma outra Disfunção Sexual) nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (Critério C). O baixo desejo sexual pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica (por ex., intercurso mas não masturbação). Existe pouca motivação para a busca de estímulos e pouca frustração quando privado da oportunidade de expressão sexual. O indivíduo em geral não inicia a atividade sexual ou pode engajar-se apenas com relutância quando esta é iniciada pelo parceiro. Embora a frequência das experiências sexuais geralmente seja baixa, a pressão do parceiro ou necessidades não-sexuais (por ex., de conforto físico ou intimidade) podem aumentar a frequência dos encontros sexuais. Em vista de uma falta de dados normativos relacionados à idade ou gênero, quanto à frequência ou grau do desejo sexual, o diagnóstico deve fundamentar-se no julgamento clínico, com base nas características do indivíduo, determinantes interpessoais, o contexto de vida e o contexto cultural. O clínico pode ter de avaliar ambos os parceiros, quando discrepâncias no desejo sexual levam à busca da atenção de um profissional. Um "baixo desejo" aparente em um parceiro pode refletir, ao invés disso, uma necessidade excessiva de expressão sexual da parte do outro. Por outro lado, ambos os parceiros podem ter níveis de desejo dentro da faixa normal, mas em extremos diferentes do continuum.

## Subtipos

Os subtipos são oferecidos para a indicação de início (Ao Longo da Vida versus Adquirido) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados) para Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

## Características e Transtornos Associados

Um desejo sexual reduzido freqüentemente está associado com problemas de excitação sexual ou com dificuldades para atingir o orgasmo. A deficiência no desejo sexual pode representar a disfunção primária ou pode ser a conseqüência de sofrimento emocional induzido por perturbações na excitação ou no orgasmo. Entretanto, alguns indivíduos com baixo desejo sexual retêm a capacidade para a excitação sexual adequada e orgasmo em [471]resposta à estimulação sexual. Condições médicas gerais podem ter um efeito prejudicial inespecífico sobre o desejo sexual, devido a fraqueza, dor, problemas com a imagem corporal ou preocupações com a sobrevivência. Os transtornos depressivos freqüentemente estão associados com um baixo desejo sexual, podendo o início da depressão preceder, co-ocorrer ou ser a conseqüência do desejo sexual deficiente. Os indivíduos com Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo podem ter dificuldades para desenvolver relacionamentos sexuais estáveis e insatisfação e rompimento conjugais.

## Curso

A idade de início para indivíduos com formas Ao Longo da Vida de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo é a puberdade. Com maior freqüência, o transtorno desenvolve-se na idade adulta, após um período de interesse sexual adequado, em associação com sofrimento psicológico, eventos estressantes ou dificuldades interpessoais. A perda do desejo sexual pode ser contínua ou episódica, dependendo de fatores psicossociais ou do relacionamento. Um padrão episódico de perda do desejo sexual ocorre em alguns indivíduos, envolvendo problemas com a intimidade e formação de compromissos.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo deve ser diferenciado da Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando se presume que a disfunção se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral específica (ver pp. 487-488). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Certas condições médicas gerais, tais como anormalidades neurológicas, hormonais e metabólicas, podem prejudicar especificamente os substratos fisiológicos do desejo sexual. Anormalidades na

testosterona e prolactina totais e biodisponíveis podem indicar transtornos hormonais responsáveis pela perda do desejo sexual. Se tanto um Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o médico julga que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica o diagnóstico de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo Devido a Fatores Combinados. Contrastando com o Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, presume-se que uma Disfunção Sexual Induzida por Substância se deva exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., medicamentos anti-hipertensivos, uma droga de abuso). Se tanto um Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico julga que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então se aplica o diagnóstico de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo Devido a Fatores Combinados. Se o baixo desejo sexual é considerado como sendo devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, então são diagnosticados tanto Transtorno de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância. O Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Disfunção Erétil Masculina), sendo que então ambas as condições devem ser anotadas. Um diagnóstico adicional de Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo em geral não é feito se o baixo desejo sexual é melhor explicado por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático). O diagnóstico adicional pode ser apropriado quando o baixo desejo antecede o transtorno do Eixo I ou é um foco de atenção clínica independente. Problemas ocasionais com o desejo sexual que não são persistentes ou recorrentes ou não são acompanhados por acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não são considerados um Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo.

#### Critérios Diagnósticos para F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

A. Deficiência (ou ausência) persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual. O julgamento de deficiência ou ausência é feito pelo clínico, levando em consideração fatores que afetam o funcionamento sexual, tais como idade e contexto de vida do indivíduo.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A disfunção sexual não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo:



Tipo Ao Longo da Vida

Tipo Adquirido

Especificar tipo:

Tipo Generalizado

Tipo Situacional

Especificar:

Devido a Fatores Psicológicos

Devido a Fatores Combinados

## **F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Aversão Sexual é a aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual (Critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) (Critério C). O indivíduo relata ansiedade, medo ou repulsa ao se defrontar com uma oportunidade sexual com um parceiro. A aversão ao contato genital pode concentrar-se em um determinado aspecto da experiência sexual (por ex., secreções genitais, penetração vaginal). Alguns indivíduos experimentam repulsa generalizada a quaisquer estímulos sexuais, inclusive beijos e toques. A intensidade da reação do indivíduo quando exposto aos estímulos aversivos pode variar desde uma ansiedade moderada e falta de prazer, até um extremo sofrimento psicológico.

### Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados), para o Transtorno de Aversão Sexual

### Características e Transtornos Associados

Ao se defrontarem com uma situação sexual, alguns indivíduos com Transtorno de Aversão Sexual severo podem experimentar Ataques de Pânico, com extrema ansiedade, sensações de terror, desmaio, náusea, palpitações, tonturas e dificuldades respiratórias. Pode haver um acentuado prejuízo nas relações interpessoais (por ex., insatisfação conjugal). Os indivíduos podem evitar situações sexuais ou parceiros sexuais em potencial mediante estratégias veladas (por ex., dormir cedo, viajar, negligenciar a aparência pessoal, usar substâncias ou envolver-se com atividades de trabalho, sociais ou familiares).

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Aversão Sexual também pode ocorrer junto com outras Disfunções Sexuais (por ex., Dispareunia). Neste caso, devem ser anotadas ambas as condições. Um diagnóstico adicional de Transtorno de Aversão Sexual geralmente não é feito se a aversão sexual é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático). O diagnóstico adicional pode ser feito quando a aversão precede o transtorno do Eixo I ou é um foco de atenção clínica independente. Embora a aversão sexual possa satisfazer, tecnicamente, os critérios para Fobia Específica, este diagnóstico adicional não é dado. Uma aversão sexual ocasional que não é persistente ou recorrente ou não se acompanha de acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não é considerada um Transtorno de Aversão Sexual.

## Crítérios Diagnósticos para F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual

- A. Extrema aversão ou esquiva persistente ou recorrente de todo (ou quase todo) contato sexual genital com um parceiro sexual.
- B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
- C. A disfunção sexual não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual).

Especificar tipo:

Tipo Ao Longo da Vida

Tipo Adquirido

Especificar tipo:

Tipo Generalizado

Tipo Situacional

Especificar:

Devido a Fatores Psicológicos

Devido a Fatores Combinados

## **F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Excitação Sexual Feminina é uma incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a conclusão da atividade sexual (Critério A). A resposta de excitação consiste de vasocongestão da pelve, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa. A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (Critério C).

Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida ou Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados), para Transtorno da Excitação Sexual Feminina.

Características e Transtornos Associados

Limitadas evidências sugerem que o Transtorno da Excitação Sexual Feminina freqüentemente é acompanhado por Transtornos do Desejo Sexual e Transtorno Orgásmico Feminino. A pessoa com Transtorno da Excitação Sexual Feminina pode ter pouca ou nenhuma sensação subjetiva de excitação sexual. O transtorno pode resultar em intercurso doloroso, esquiva sexual e perturbação de relacionamentos conjugais ou sexuais.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Excitação Sexual Feminina deve ser diferenciado de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando a disfunção é considerada como sendo exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral (por ex., reduções nos níveis de estrogênio na menopausa ou pós-menopausa, vaginite atrófica, diabetes melito, radioterapia da pelve). Uma lubrificação reduzida também tem sido relatada em associação com a lactação. Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais e exame físico. Se tanto o Transtorno de Excitação Sexual Feminina quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico presume que a disfunção sexual não se deve exclusivamente às conseqüências fisiológicas diretas da condição médica geral, então se aplica o diagnóstico de Transtorno da Excitação Sexual Feminina, Devido a Fatores Combinados. Contrastando com o Transtorno da Excitação Sexual Feminina, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é considerada como sendo exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., redução da lubrificação causada por anti-hipertensivos ou anti-histamínicos). Se tanto um Transtorno de Excitação Sexual Feminina quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então se aplica o diagnóstico de Transtorno da Excitação Sexual Feminina Devido a Fatores Combinados. Se se supõe que os problemas de excitação se devem exclusivamente aos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, tanto Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância são diagnosticadas. O Transtorno da Excitação Sexual Feminina também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Transtorno Orgásmico Feminino), sendo que, neste caso, ambos devem ser anotados. Um diagnóstico adicional de Transtorno de Excitação Sexual Feminina geralmente não é feito se o problema da excitação sexual é melhor explicado por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático). O diagnóstico adicional pode ser feito quando o problema com a excitação sexual antecede o transtorno do Eixo I ou se este é um foco de atenção clínica independente. Problemas ocasionais com a excitação sexual que não são persistentes ou recorrentes ou não se acompanham de acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não são considerados Transtorno da Excitação Sexual Feminina. Um diagnóstico de Transtorno da Excitação Sexual Feminina também não se aplica se os problemas na excitação se devem a uma estimulação sexual inadequada em foco, intensidade e duração.

### Critérios Diagnósticos para F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina

A. Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação-turgescência até a conclusão da atividade sexual.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A disfunção sexual não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo:

Tipo Ao Longo da Vida

Tipo Adquirido

Especificar tipo:

Tipo Generalizado

Tipo Situacional

Especificar:

Devido a Fatores Psicológicos

Devido a Fatores Combinados

## **F52.2 - 302.72 - Transtorno Erétil Masculino**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Erétil Masculino é uma incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual (Critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (Critério C). Existem diferentes padrões de disfunção erétil. Alguns indivíduos relatam uma incapacidade de obterem qualquer ereção desde o início de uma experiência sexual. Outros queixam-se de terem experimentado uma ereção adequada, perdendo a tumescência depois, ao tentarem a penetração. Outros, ainda, relatam terem uma ereção suficientemente firme para a penetração, mas que

depois perdem a tumescência antes ou durante o ato. Alguns homens podem relatar a capacidade de terem uma ereção apenas durante a automasturbação ou ao despertarem. As ereções masturbatórias também podem ser perdidas, mas isto não é comum.

## Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados), para o Transtorno Erétil Masculino.

## Características e Transtornos Associados

As dificuldades eréteis no Transtorno Erétil Masculino frequentemente estão associadas com ansiedade sexual, medo do fracasso, preocupações acerca do desempenho sexual e uma redução do sentimento subjetivo de excitação e prazer sexual. Uma disfunção erétil é capaz de perturbar um relacionamento conjugal ou sexual existente, podendo ser a causa de casamentos não consumados e infertilidade. Este transtorno pode estar associado com Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo e Ejaculação Precoce. Os indivíduos com Transtornos do Humor e Transtornos Relacionados a Substâncias frequentemente relatam problemas com a excitação sexual.

## Curso

As várias formas de Transtorno Erétil Masculino seguem diferentes cursos, e a idade de início varia substancialmente. Os poucos indivíduos que jamais foram capazes de experimentar uma ereção de suficiente qualidade para a conclusão da atividade sexual com uma parceira têm, tipicamente, um transtorno crônico ao longo da vida. Os casos adquiridos podem apresentar uma remissão espontânea de 15 a 30%. Os casos situacionais podem depender do tipo de parceiro, da intensidade ou da qualidade do relacionamento, sendo episódicos e frequentemente recorrentes.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Erétil Masculino deve ser distinguido de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral, quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral (por ex., diabete melito, esclerose múltipla, insuficiência renal, neuropatia periférica, doença vascular periférica, lesão da medula, lesão do sistema nervoso autônomo por cirurgia ou radiação). Esta determinação fundamenta-se na história (por

ex., funcionamento erétil prejudicado durante a masturbação), achados laboratoriais ou exame físico. Estudos da tumescência peniana noturna podem demonstrar se ocorrem ereções durante o sono e ser úteis para a diferenciação entre transtornos eréteis primários e Transtorno Erétil Masculino Devido a uma Condição Médica Geral. Avaliações da pressão sanguínea peniana, de onda-pulso ou ultra-sonografia por Doppler podem indicar perda vasculogênica do funcionamento erétil. Procedimento invasivos tais como testagem farmacológica intracorpórea ou angiografia podem avaliar a presença de problemas no fluxo arterial. A cavernosonografia pode determinar a competência venosa. Se tanto um Transtorno Erétil Masculino quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção erétil não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica o diagnóstico de Transtorno Erétil Masculino Devido a Fatores Combinados. Uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é diferenciada do Transtorno Erétil Masculino porque se presume que a Disfunção Sexual se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., medicamento anti-hipertensivo, medicamento antidepressivo, medicamento neuroléptico, droga de abuso). Se tanto um Transtorno Erétil Masculino quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção erétil não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então se aplica o diagnóstico de Transtorno Erétil Masculino Devido a Fatores Combinados. Se os problemas de excitação são considerados exclusivamente devido aos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, diagnostica-se tanto Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância. O Transtorno Erétil Masculino também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Ejaculação Precoce), sendo que, neste caso, ambas as condições devem ser anotadas. Um diagnóstico adicional de Transtorno Erétil Masculino em geral não é feito se a disfunção erétil é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo-Compulsivo). O diagnóstico adicional pode ser feito quando a disfunção erétil precede o transtorno do Eixo I ou é um foco de atenção clínica independente. Problemas ocasionais com ereções não persistentes ou recorrentes ou não acompanhados por acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não são considerados Transtorno Erétil Masculino. Um diagnóstico de Transtorno Erétil Masculino também não se aplica se a disfunção erétil se deve a uma estimulação sexual inadequada em termos de foco, intensidade e duração. Homens mais velhos podem necessitar de maior estimulação ou levar mais tempo para atingirem uma ereção completa. Essas alterações fisiológicas não devem ser consideradas Transtorno Erétil Masculino.

#### Crerios Diagnósticos para F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino

A. Incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.

C. A disfunção erétil não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (outro que não Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento), ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo:

Tipo Ao Longo da Vida

Tipo Adquirido

Especificar tipo:

Tipo Generalizado

Tipo Situacional

Especificar:

Devido a Fatores Psicológicos

Devido a Fatores Combinados

## **Transtornos Sexuais**

Esta seção contém as Disfunções Sexuais, as Parafilias e os Transtornos da Identidade de Gênero. As Disfunções Sexuais caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal. As Disfunções Sexuais incluem (em azul os títulos desta página, os demais estão nas outras):

- Disfunções Sexuais
- Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo
- Transtorno de Aversão Sexual
- Transtorno da Excitação Sexual
- Transtorno da Excitação Sexual Feminina



- Transtorno Erétil Masculino
- Transtornos Orgásmicos
- Transtorno Orgásmico Feminino
- Transtorno Orgásmico Masculino
- Ejaculação Precoce
- Transtornos de dor Sexual
- Dispareunia
- Vaginismo
- Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral
- Disfunção Sexual Induzida por Substância
- PARAFILIAS
- Exibicionismo
- Fetichismo
- Frotteurismo
- Pedofilia
- Masoquismo
- Sadismo
- Fetichismo Transvéstico
- Voyeurismo
- Parafilia Sem Outra Especificação:
  - ....escatologia telefônica, necrofilia, parcialismo,
  - ....zoofilia, coprofilia, clismafilia e urofilia
- Transtornos da Identidade de Gênero

As Parafilias são caracterizadas por anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Os Transtornos da Identidade de Gênero caracterizam-se por uma forte identificação sexual com o gênero oposto, acompanhada por desconforto persistente com o próprio sexo atribuído. O Transtorno Sexual Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos do funcionamento sexual não classificáveis em qualquer das categorias específicas. Cabe notar que as noções de desvio, padrões de desempenho sexual e conceitos de papel apropriado para o gênero podem variar entre as culturas.

### **F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino**

(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Orgásmico Feminino é um atraso, ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual (Critério A). As mulheres apresentam uma ampla variabilidade no tipo ou intensidade da estimulação que leva ao orgasmo. O diagnóstico de Transtorno Orgásmico Feminino deve fundamentar-se no julgamento clínico de que a capacidade orgásmica da mulher é menor do que se poderia esperar para sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe. A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (Critério C).

## Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados), para Transtorno Orgásmico Feminino.

## Características e Transtornos Associados

Não foi encontrada qualquer associação entre padrões específicos de traços de personalidade ou psicopatologia e disfunção orgásmica em mulheres. O Transtorno Orgásmico Feminino pode afetar a imagem corporal, a auto-estima ou a satisfação com o relacionamento. De acordo com estudos controlados, a capacidade orgásmica não está correlacionada com dimensões vaginais ou vigor dos músculos pélvicos. Embora algumas mulheres com lesões da medula, remoção da vulva ou excisão e reconstrução vaginal tenham relatado orgasmos, uma disfunção orgásmica é encontrada com frequência em mulheres com estas condições. Em geral, entretanto, as condições médicas crônicas como diabetes ou câncer pélvico tendem mais a prejudicar a fase de excitação da resposta sexual, deixando a capacidade orgásmica relativamente intacta.

## Curso

Uma vez que a capacidade orgásmica em mulheres aumenta com a idade, o Transtorno Orgásmico Feminino pode ser mais prevalente em mulheres mais jovens. A maioria dos transtornos orgásmicos femininos são ao longo da vida, ao invés de adquiridos. Uma vez que aprenda a atingir o orgasmo, uma mulher raramente perderá esta capacidade, a menos que haja a interferência de uma fraca comunicação sexual, conflitos no relacionamento, uma experiência traumática (por ex., estupro), um Transtorno do Humor ou uma condição médica geral. Quando a disfunção orgásmica ocorre apenas em certas situações, uma dificuldade com o desejo sexual e a excitação sexual frequentemente estão presentes, além do transtorno orgásmico. Muitas mulheres

aumentam sua capacidade orgásmica, à medida que experimentam uma maior variedade de estimulação e adquirem maior conhecimento sobre seus próprios corpos.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Orgásmico Feminino deve ser diferenciado de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral, quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral (por ex., lesão da medula). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais e exame físico. Se tanto um Transtorno Orgásmico Feminino quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico determina que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica o diagnóstico de Transtorno Orgásmico Feminino Devido a Fatores Combinados. Contrastando com o Transtorno Orgásmico Feminino, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., antidepressivos, benzodiazepínicos, neurolépticos, anti-hipertensivos, opióides). Se tanto Transtorno Orgásmico Feminino quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então se aplica o diagnóstico de Transtorno Orgásmico Feminino Devido a Fatores Combinados. Se a disfunção sexual é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, aplicam-se os diagnósticos tanto de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto de Disfunção Sexual Induzida por Substância. O Transtorno Orgásmico Feminino também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Transtorno da Excitação Sexual Feminina), sendo que, neste caso, ambas as condições devem ser anotadas. Um diagnóstico adicional de Transtorno Orgásmico Feminino geralmente não é feito se a dificuldade para atingir o orgasmo é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (Transtorno Depressivo Maior). Este diagnóstico adicional pode ser feito quando a dificuldade orgásmica antecede o transtorno do Eixo I ou é um foco de atenção clínica independente. Problemas orgásmicos ocasionais, não persistentes ou recorrentes ou não acompanhados de acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal não são considerados Transtorno Orgásmico Feminino. Um diagnóstico de Transtorno Orgásmico Feminino também não se aplica se os problemas se devem a uma estimulação sexual inadequada em termos de foco, intensidade e duração.

## Critérios Diagnósticos para F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino

A. Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual. As mulheres apresentam uma ampla variabilidade no tipo ou na intensidade da estimulação que leva ao orgasmo. O diagnóstico de Transtorno

Orgásmico Feminino deve fundamentar-se no julgamento clínico de que a capacidade orgásmica da mulher é menor do que seria esperado para sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A disfunção orgásmica não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

Especificar: Devido a Fatores Psicológicos Devido a Fatores Combinados

### **F52.3 - 302.74 - Transtorno Orgásmico Masculino**

(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Orgásmico Masculino é um atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. Ao julgar se o orgasmo é atrasado, o clínico deve levar em consideração a idade do indivíduo e se a estimulação é adequada em termos de foco, intensidade e duração (Critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção orgásmica não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral (Critério C). Na forma mais comum de Transtorno Orgásmico Masculino, um homem não consegue atingir o orgasmo durante o intercurso, embora possa ejacular com estimulação manual ou oral da parceira. Alguns homens com Transtorno Orgásmico Masculino podem atingir o orgasmo no coito, mas apenas depois de uma estimulação não-coital muito prolongada e intensa. Alguns conseguem ejacular apenas mediante a masturbação. Um subgrupo ainda menor experimenta orgasmo apenas ao despertar de um sonho erótico.

#### Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados), para Transtorno Orgásmico Masculino.

### Características e Transtornos Associados

Muitos homens anorgásmicos no coito podem descrever que experimentam excitação no início de um encontro sexual, mas que as investidas da penetração tornam-se uma obrigação, ao invés de um prazer. Um padrão de excitação sexual parafilica pode estar presente. Quando um homem esconde da esposa sua falta de orgasmos no coito, o casal pode apresentar infertilidade de causa desconhecida. O transtorno pode resultar na perturbação de relacionamentos conjugais ou sexuais existentes. Os homens geralmente podem chegar ao orgasmo mesmo quando condições vasculares ou neurológicas interferem na rigidez erétil. Tanto a sensação de orgasmo quanto as contrações dos músculos estriados no orgasmo permanecem intactas em homens que perdem sua próstata e vesículas seminais através de cirurgia radical para câncer de próstata. O orgasmo também pode ocorrer na ausência de emissão de sêmen (por ex., quando os gânglios simpáticos são lesionados por cirurgia ou neuropatia autônoma).

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Orgásmico Masculino deve ser diferenciado de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral (por ex., hiperprolactinemia) (ver pp. 487-488). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Os testes do limiar sensorial podem demonstrar uma redução da sensibilidade na pele do pênis devido a uma condição neurológica (por ex., lesões da medula, neuropatias sensoriais). Se tanto o Transtorno Orgásmico Masculino quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico julga que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica o diagnóstico de Transtorno Orgásmico Masculino Devido a Fatores Combinados. Contrastando com o Transtorno Orgásmico Masculino, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., álcool, opióides, anti-hipertensivos, neurolépticos). Se tanto um Transtorno Orgásmico Masculino quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico julga que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Orgásmico Masculino Devido a Fatores Combinados. Se a disfunção orgásmica é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, tanto Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância são diagnosticadas. O Transtorno Orgásmico Masculino também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Transtorno Erétil Masculino),

sendo que, neste caso, devem ser anotadas ambas as condições. Um diagnóstico adicional de Transtorno Orgásmico Masculino em geral não é feito se a dificuldade orgásmica é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior). Um diagnóstico adicional pode ser feito quando a dificuldade orgásmica antecede o transtorno do Eixo I ou é o foco de atenção clínica independente. Diversos tipos de Disfunção Sexual (por ex., ejaculação, mas sem prazer no orgasmo, orgasmo que ocorre sem ejaculação de sêmen ou com extravazamento de sêmen ao invés de ejaculação por propulsão) seriam diagnosticados como Disfunção Sexual Sem Outra Especificação, ao invés de Transtorno Orgásmico Masculino. Problemas orgásmicos ocasionais não persistentes ou recorrentes ou não acompanhados de sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal não são considerados Transtorno Orgásmico Masculino. À medida que os homens envelhecem, é necessário um período maior de estimulação para atingir o orgasmo. O clínico também deve determinar se existe suficiente estimulação para atingir o orgasmo.

### Critérios Diagnósticos para F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino

A. Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual durante a atividade sexual, que o clínico julga adequada em termos de foco, intensidade e duração, levando em consideração a idade da pessoa.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A disfunção orgásmica não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

Especificar: Devido a Fatores Psicológicos Devido a Fatores Combinados

### **F52.4 - 302.74 - Ejaculação Precoce**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da Ejaculação Precoce é o início persistente ou recorrente de orgasmo e ejaculação com estimulação mínima antes, durante ou logo após a

penetração e antes que o indivíduo o deseje (Critério A). O clínico deve levar em consideração fatores que afetam a duração da fase de excitação, tais como idade, novidade da parceira sexual ou situação e frequência recente da atividade sexual. A maioria dos homens com este transtorno consegue retardar o orgasmo durante a automasturbação por um tempo consideravelmente maior do que durante o coito. As estimativas dos parceiros quanto ao tempo transcorrido desde o início da atividade sexual até a ejaculação, bem como sobre o fato de a Ejaculação Precoce ser ou não um problema, podem apresentar grande disparidade. A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A Ejaculação Precoce não se deve exclusivamente aos efeitos diretos de uma substância (por ex., abstinência de opióides) (Critério C).

## Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados) para Ejaculação Precoce.

## Características e Transtornos Associados

Como outras Disfunções Sexuais, a Ejaculação Precoce pode criar tensão em um relacionamento. Alguns homens solteiros hesitam em procurar novas parceiras por medo do embaraço causado pelo transtorno, o que pode contribuir para o isolamento social.

## Curso

A maioria dos homens jovens aprende a protelar o orgasmo com a experiência sexual e aumento da idade, mas alguns continuam ejaculando precocemente e podem buscar auxílio para o transtorno. Alguns homens são capazes de retardar a ejaculação em um relacionamento a longo prazo, mas experimentam uma recorrência da Ejaculação Precoce quando com um novo parceiro. Tipicamente, a Ejaculação Precoce é encontrada em homens jovens e está presente desde suas primeiras tentativas de intercuro. Quando o início ocorre após um período de um funcionamento sexual adequado, o contexto comumente envolve uma redução da frequência da atividade sexual, intensa ansiedade quanto ao desempenho com uma nova parceira ou perda do controle ejaculatório relacionada à dificuldade em obter ou manter ereções. Alguns homens que cessaram o uso regular de álcool podem desenvolver Ejaculação Precoce porque se basearam no hábito de consumir álcool para adiar o orgasmo, ao invés de aprenderem estratégias comportamentais.

## Diagnóstico Diferencial

A Ejaculação Precoce deve ser diferenciada de uma disfunção erétil relacionada ao desenvolvimento de uma condição médica geral. Alguns indivíduos com disfunção erétil podem omitir suas estratégias habituais de postergação do orgasmo. Outros necessitam de prolongada estimulação não coital para desenvolverem o grau de ereção suficiente para a penetração. Nestes indivíduos, a excitação sexual pode ser tão intensa que a ejaculação ocorre imediatamente. Problemas ocasionais de ejaculação precoce, não persistentes ou recorrentes ou não acompanhados de sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal, não se qualificam para o diagnóstico de Ejaculação Precoce. O clínico também deve levar em consideração a idade, experiência sexual geral, atividade sexual recente do indivíduo e novidade da parceira. Quando os problemas de Ejaculação Precoce se devem exclusivamente ao uso de uma substância (por ex., Abstinência de Opióide), aplica-se o diagnóstico de Disfunção Sexual Induzida por Substância.

### Critérios Diagnósticos para F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce

A. Ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje. O clínico deve levar em consideração os fatores que afetam a duração da fase de excitação, tais como idade, novidade da parceira ou situação sexual e frequência da atividade sexual recente.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A ejaculação precoce não se deve exclusivamente aos efeitos diretos de uma substância (por ex., abstinência de opióides).

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

Especificar: Devido a Fatores Psicológicos Devido a Fatores Combinados

### **F52.6 - 302.76 - Dispareunia**

(Não Devido a uma Condição Médica Geral)

Características Diagnósticas



A característica essencial da Dispareunia é dor genital associada com o intercuro sexual (Critério A). Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, ela também pode ocorrer antes ou após o intercuro. O transtorno pode ocorrer tanto em homens quanto em mulheres. Em mulheres, a dor pode ser descrita como superficial, durante a penetração, ou profunda, durante as investidas do pênis. A intensidade dos sintomas pode variar desde um leve desconforto até uma dor aguda. A perturbação deve provocar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). O distúrbio não é causado exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação, não é melhor explicado por outro transtorno do Eixo I (exceto por outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério C).

### Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados) para Dispareunia.

### Características e Transtornos Associados

A Dispareunia raramente é a queixa principal nos contextos de saúde mental. Os indivíduos com Dispareunia tipicamente buscam tratamento em contextos médicos gerais. O exame físico dos indivíduos com este transtorno tipicamente não demonstra anormalidades genitais. A experiência repetida de dor genital durante o coito pode provocar a esquiva de experiências sexuais, perturbando relacionamentos sexuais existentes ou limitando o desenvolvimento de novos.

### Curso

A limitada quantidade de informações disponíveis sugere que o curso da Dispareunia tende a ser crônico.

### Diagnóstico Diferencial

A Dispareunia deve ser diferenciada de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de determinada condição médica geral (por ex., lubrificação vaginal insuficiente; patologia pélvica, como infecções vaginais ou do trato urinário, tecido vaginal com cicatrizes, endometriose ou aderências; atrofia vaginal pós-menopausa; privação temporária de estrógeno durante a lactação; irritação ou infecção

do trato urinário, ou condições gastrintestinais). Esta determinação baseia-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se tanto Dispareunia quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica um diagnóstico de Dispareunia Devido a Fatores Combinados. Contrastando com a Dispareunia, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância. Um orgasmo doloroso tem sido relatado com flufenazina, tioridazina e amoxapina. Se tanto Dispareunia quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico julga que a Dispareunia sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então é diagnosticada Dispareunia Devido a Fatores Combinados. Se a dor sexual é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, tanto Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância são diagnosticadas. A Dispareunia não é diagnosticada se causada exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação. Um diagnóstico adicional de Dispareunia em geral não é feito se a disfunção sexual é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno de Somatização). O diagnóstico adicional pode ser feito quando a dificuldade orgásmica antecede o transtorno do Eixo I ou se é um foco de atenção clínica independente. A Dispareunia também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (exceto Vaginismo) e, se os critérios para ambas são satisfeitos, ambas as condições devem ser codificadas. A dor ocasional associada com o intercurso sexual, não persistente ou recorrente ou não acompanhada de acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, não é considerada Dispareunia.

#### Critérios Diagnósticos para F52.6 - 302.76 Dispareunia

- A. Dor genital recorrente ou persistente associada com o intercurso sexual em homem ou mulher.
- B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
- C. A perturbação não é causada exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação, não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

Especificar: Devido a Fatores Psicológicos Devido a Fatores Combinados

## **F52.5 - 306.51 - Vaginismo**

(Não Devido a uma Condição Médica Geral)

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Vaginismo é a contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo (Critério A). A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto por outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (Critério C). Em algumas mulheres, até mesmo a previsão da penetração vaginal pode provocar espasmo muscular. A contração pode variar desde leve, induzindo alguma tensão e desconforto, até severa, impedindo a penetração.

### Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados) para o Vaginismo.

### Características e Transtornos Associados

As respostas sexuais (por ex., desejo, prazer, capacidade orgásmica) podem não estar prejudicadas, a menos que a penetração seja tentada ou prevista. A obstrução física devido à contração muscular geralmente impede o coito. A condição, portanto, pode limitar o desenvolvimento de relacionamentos sexuais e perturbar relacionamentos existentes. Casos de casamentos não consumados e infertilidade estão associados com esta condição. O diagnóstico frequentemente é feito durante exames ginecológicos de rotina, quando a resposta ao exame pélvico acarreta prontamente uma contração facilmente observada do intróito vaginal. Em alguns casos, a intensidade da contração pode ser tão severa ou prolongada a ponto de provocar dor. Entretanto, o Vaginismo ocorre em algumas mulheres durante a atividade sexual, mas não durante o exame ginecológico. O transtorno é encontrado com maior frequência em mulheres mais jovens, em mulheres com atitudes negativas com relação ao sexo e em mulheres com uma história de abuso ou traumas sexuais.

### Curso

O Vaginismo ao longo da vida em geral tem um início súbito, manifestando-se pela primeira vez durante as tentativas iniciais de penetração sexual por um parceiro ou durante o primeiro exame ginecológico. Estabelecido o transtorno, o curso geralmente é crônico, a menos que atenuado por tratamento. O Vaginismo adquirido também pode ocorrer subitamente, em resposta a um trauma sexual ou a uma condição médica geral.

### Diagnóstico Diferencial

O Vaginismo deve ser diferenciado de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de uma determinada condição médica geral (por ex., endometriose ou infecção vaginal). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. O Vaginismo pode persistir como um problema residual após a resolução da condição médica geral. Se tanto Vaginismo quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico julga que os espasmos vaginais não se devem exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, aplica-se um diagnóstico de Vaginismo Devido a Fatores Combinados. O Vaginismo também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (por ex., Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo), sendo que, neste caso, ambas as condições devem ser anotadas. Embora possa ocorrer dor associada com o intercurso sexual no Vaginismo, não se faz um diagnóstico adicional de Dispareunia. Um diagnóstico adicional de Vaginismo em geral não é feito se os espasmos vaginais são melhor explicados por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno de Somatização). O diagnóstico adicional pode ser feito quando os espasmos vaginais antecedem o transtorno do Eixo I ou são um foco de atenção clínica independente.

### Critérios Diagnósticos para F52.5 - 306.51 Vaginismo

- A. Espasmo involuntário, recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina, que interfere no intercurso sexual.
- B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno de Somatização), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

## **Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**

### Características Diagnósticas

A característica essencial da Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral é a presença de uma disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. A disfunção sexual pode envolver dor associada com o intercurso, desejo sexual hipoativo, disfunção erétil masculina ou outras formas de disfunção sexual (por ex., Transtornos Orgásmicos) e deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério A). Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a disfunção é plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno Depressivo Maior) (Critério C). Ao determinar se a disfunção sexual se deve exclusivamente a uma condição médica geral, o clínico deve estabelecer, em primeiro lugar, a presença de uma condição médica geral. Além disso, deve estabelecer uma relação etiológica entre a disfunção sexual e a condição médica geral, através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação atenta e abrangente de múltiplos fatores é necessária para esta determinação. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar o caráter etiológico do relacionamento entre a disfunção sexual e a condição médica geral, algumas considerações servem de orientação a este respeito. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre o início, a exacerbação ou remissão da condição médica geral e da disfunção sexual. Uma segunda consideração é a presença de características atípicas de uma Disfunção Sexual primária (por ex., idade de início ou curso atípicos). Evidências da literatura, sugerindo a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento da disfunção sexual, podem oferecer um contexto útil na avaliação de uma determinada situação. Além disso, o clínico também deve julgar que a perturbação não é melhor explicada por uma Disfunção Sexual primária, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância ou um outro transtorno mental primário (por ex., Transtorno Depressivo Maior). Essas determinações são explicadas em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral". Em contrapartida, um diagnóstico de Disfunção Sexual com o subtipo "Devido a Fatores Combinados" é feito no caso de um suposto papel etiológico de uma combinação de fatores psicológicos e uma condição médica geral ou uma substância, sem que nenhuma etiologia isolada seja suficiente para explicar a disfunção.

### Subtipos

O código e os termos diagnósticos para uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral são selecionados com base na Disfunção Sexual predominante.

Os termos listados abaixo devem ser usados ao invés da rubrica geral "Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral".

N94.8 - 625.8 Transtorno de Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, a característica predominante é uma deficiência ou ausência de desejo sexual.

N50.8 - 608.89 Transtorno de Desejo Sexual Masculino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, a característica predominante é uma deficiência ou ausência de desejo sexual.

N48.4 - 607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se a característica predominante é uma disfunção erétil masculina.

N94.1 - 625.0 Dispareunia Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, a característica predominante é a dor associada com o intercuro.

N50.8 - 608.89 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, a característica predominante é a dor associada com intercuro.

N94.8 - 625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, predomina alguma outra característica (por ex., Transtorno Orgásmico), ou nenhuma.

N50.8 - 608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, predomina alguma outra característica (por ex., Transtorno Orgásmico), ou nenhuma.

## Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto a fenomenologia específica da Disfunção (extraída da listagem acima) quanto a condição médica geral identificada, supostamente causadora da disfunção no Eixo I (por ex., 607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a Diabete Melito). O código da CID-9-MC para a condição médica geral também é anotado no Eixo III (por ex., 250.0 Diabete Melito) (ver Apêndice G para uma listagem de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

## Condições Médicas Gerais Associadas

Uma variedade de condições médicas gerais pode causar disfunção sexual, compreendendo condições neurológicas (por ex., esclerose múltipla, lesões medulares, neuropatia, lesões do lobo temporal), condições endócrinas (por ex., diabete melito,

hipotireoidismo, hiper e hipoadrenocorticismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadais, disfunção pituitária), condições vasculares e condições geniturinárias [490](por ex., doença testicular, doença de Peyronie, infecções da uretra, complicações pós-prostatectomia, lesão ou infecção genital, vaginite atrófica, infecções da vagina e genitália externa, complicações pós-cirúrgicas como cicatrizes de episiotomia, vagina atrófica, cistite, endometriose, prolapso uterino, infecções pélvicas, neoplasmas).

## Diagnóstico Diferencial

Uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral é diagnosticada apenas se a disfunção sexual é plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. Se fatores psicológicos também desempenham um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção de uma disfunção sexual, diagnostica-se a Disfunção Sexual primária (com o subtipo Devido a Fatores Combinados). Uma anamnese psicosssexual ou médica abrangente é o componente mais importante da avaliação, ao determinar se a disfunção sexual é primária ou exclusivamente decorrente dos efeitos diretos de uma condição médica geral. Para homens, testes como tumescência peniana noturna, estudos vasculares e injeção de ativadores teciduais podem ser úteis na avaliação. Um atento exame ginecológico é importante em mulheres, especialmente na avaliação de Transtornos de Dor Sexual. Uma avaliação neurológica e endócrina pode ser útil, para homens e mulheres. Se existem evidências do uso recente ou prolongado de uma substância (inclusive medicamentos), abstinência de substância ou exposição a uma toxina, e de que a disfunção sexual é plenamente explicada pelos efeitos diretos da substância, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância deve ser considerada. Cabe ao clínico investigar com atenção a natureza e extensão do uso de substâncias, inclusive medicamentos. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, dentro de 4 semanas) uma Intoxicação com Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicativos de uma Disfunção Sexual Induzida por Substância, dependendo do tipo ou quantidade da substância usada ou duração do uso. Se o clínico determinar que a disfunção sexual se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, podem ser dados ambos os diagnósticos (isto é, Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral e Disfunção Sexual Induzida por Substância). Desejo sexual hipoativo, disfunção da excitação e, em menor grau, disfunção orgásmica também podem ocorrer como sintomas de um Transtorno Depressivo Maior. No Transtorno Depressivo Maior, não é possível demonstrar qualquer mecanismo fisiopatológico específico e diretamente causal associado com uma condição médica geral. A Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciada da redução do interesse e funcionamento sexual decorrente do envelhecimento.

## Critérios Diagnósticos para Disfunção Sexual Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

A. Predomina no quadro clínico uma disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a disfunção sexual é plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno Depressivo Maior).

Selecionar código e termos com base na disfunção sexual predominante:

625.8 Transtorno de Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, a característica predominante é uma deficiência ou ausência de desejo sexual.

608.89 Transtorno de Desejo Sexual Masculino Hipoativo [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, a característica predominante é uma deficiência ou ausência de desejo sexual.

607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se a característica predominante é uma disfunção erétil masculina.

625.0 Dispareunia Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, a característica predominante é dor associada com o intercursos.

608.89 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, a característica predominante é dor associada com o intercursos.

625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em uma mulher, predomina alguma outra característica (por ex., Transtorno Orgásmico), ou nenhuma.

608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]. Este termo é usado se, em um homem, predomina alguma outra característica (por ex., Transtorno Orgásmico), ou nenhuma.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a Diabete Melito; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).



## **Disfunção Sexual Induzida por Substância**

### Características Diagnósticas

A característica essencial da Disfunção Sexual Induzida por Substância é uma disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério A). Dependendo da substância envolvida, a disfunção pode envolver prejuízo do desejo, da excitação, do orgasmo ou dor sexual. A disfunção é considerada plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) (Critério B). A perturbação não deve ser melhor explicada por uma Disfunção Sexual não induzida por substância (Critério C). Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância apenas quando os sintomas sexuais excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação e quando são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Uma Disfunção Sexual Induzida por Substância distingue-se de uma Disfunção Sexual primária pela consideração do início e do curso. Deve haver evidências de intoxicação com drogas de abuso pela história, exame físico ou achados laboratoriais. Uma Disfunção Sexual Induzida por Substância surge apenas em associação com a intoxicação, enquanto Disfunções Sexuais primárias podem preceder o início do uso da substância ou ocorrer durante períodos de abstinência prolongada da substância. Os fatores sugestivos de que a disfunção é melhor explicada por uma Disfunção Sexual primária incluem persistência da disfunção por um período substancial de tempo (isto é, cerca de 1 mês) após o término da Intoxicação com Substância; desenvolvimento de uma disfunção substancialmente excessiva ao que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso, ou uma história de Disfunções Sexuais primárias recorrentes.

### Especificadores

Os seguintes especificadores para Disfunção Sexual Induzida por Substância são selecionados com base na disfunção sexual predominante. Embora a apresentação clínica da disfunção sexual possa assemelhar-se à de uma Disfunção Sexual primária específica, não precisam ser satisfeitos todos os critérios para um desses transtornos.

**Com Prejuízo do Desejo.** Este especificador é usado se a característica predominante é uma deficiência ou ausência de desejo sexual.

**Com Prejuízo da Excitação.** Este especificador é usado se a característica predominante é um prejuízo na excitação sexual (por ex., disfunção erétil, prejuízo na lubrificação).

**Com Prejuízo do Orgasmo.** Este especificador é usado se a característica predominante é um prejuízo no orgasmo.

Com Dor Sexual. Este especificador é usado se a característica predominante é dor associada com o intercuro. As Disfunções Sexuais Induzidas por Substâncias em geral têm seu início durante a Intoxicação com Substância, podendo isto ser indicado pela anotação Com Início Durante Intoxicação.

## Procedimentos de Registro

O nome da Disfunção Sexual Induzida por Substância inclui a substância específica (por ex., álcool, fluoxetina) presumivelmente causadora da disfunção sexual. O código diagnóstico é selecionado a partir da lista de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios. Para as substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes (por ex., fluoxetina), o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, para medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado mediante o código E apropriado no Eixo I (ver Apêndice G). O nome do transtorno é seguido pela especificação da apresentação sintomática predominante (por ex., 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína, Com Prejuízo da Excitação). Quando se considera que mais de uma substância exerce um papel significativo no desenvolvimento da disfunção sexual, cada uma delas deve ser relacionada em separado (por ex., 291.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool, Com Prejuízo da Excitação; 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Fluoxetina, Com Prejuízo do Orgasmo). Se um sintoma é considerado o fator etiológico, mas se desconhece a substância ou classe de substâncias específica, pode-se usar a categoria 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Substância Desconhecida.

## Substâncias Específicas

Disfunções Sexuais podem ocorrer associadas à intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e substâncias correlatas; cocaína; opióides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; outra substância ou substância desconhecida. A intoxicação aguda ou o uso crônico de substâncias de abuso diminui o interesse sexual e pode criar problemas em ambos os sexos. Uma redução do interesse sexual (mais comum em homens) também pode ser causada por [493]medicamentos prescritos, incluindo anti-hipertensivos, antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> de histamina, antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos, esteróides anabolizantes e anticonvulsivantes. Um orgasmo doloroso tem sido relatado com flufenazina, tioridazina e amoxapina. Há relatos de priapismo com o uso de clorpromazina, trazodona e clozapina e após injeções penianas de papaverina e prostaglandina. Os bloqueadores da recaptção de serotonina podem provocar uma redução do desejo sexual ou transtornos da excitação. Medicamentos tais como agentes anti-hipertensivos ou esteróides anabolizantes também podem promover um humor depressivo ou irritável além da disfunção sexual, e um diagnóstico adicional de Transtorno do Humor Induzido por Substância pode ser indicado. A experiência clínica atual sugere vigorosamente que uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é habitualmente generalizada.

## Diagnóstico Diferencial

Disfunções sexuais ocorrem comumente na Intoxicação com Substância. O diagnóstico de Intoxicação com a substância específica em geral será suficiente para categorizar a apresentação sintomática. Um diagnóstico de Disfunção Sexual Induzida por Substância deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância apenas quando a disfunção é considerada excessiva em relação àquela habitualmente associada à síndrome de intoxicação e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Se fatores psicológicos também desempenham um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual, o diagnóstico é de Disfunção Sexual primária (com o subtipo Devido a Fatores Combinados). Uma Disfunção Sexual Induzida por Substância distingue-se de uma Disfunção Sexual primária pelo fato de os sintomas serem plenamente explicados pelos efeitos diretos de uma substância. Uma Disfunção Sexual Induzida por Substância devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou uma condição médica geral deve ter seu início enquanto a pessoa está tomando o medicamento (por ex. anti-hipertensivo). Interrompido o tratamento, a disfunção sexual apresenta remissão dentro de alguns dias a algumas semanas (dependendo da meia-vida da substância). Se a disfunção sexual persistir, outras causas para a condição devem ser consideradas. Os efeitos colaterais de medicamentos prescritos que afetam o funcionamento sexual podem levar os indivíduos a uma desobediência ao tratamento medicamentoso, quando estes valorizam o desempenho sexual acima dos benefícios do medicamento. Uma vez que os indivíduos com condições médicas gerais com frequência tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de a disfunção sexual ser causada pelas conseqüências fisiológicas da condição médica geral, ao invés do medicamento; neste caso, aplica-se o diagnóstico de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. A história frequentemente oferece a base principal para este julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento da condição médica geral (por ex., substituição ou suspensão de um medicamento) pode ser necessária, para determinar empiricamente, em determinada pessoa, se o medicamento é o agente causal. Se o clínico determinar que a disfunção se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, aplicam-se ambos os diagnósticos (isto é, Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral e Disfunção Sexual Induzida por Substância). Quando existem evidências insuficientes para determinar se a Disfunção Sexual se deve a uma substância (inclusive medicamento), a uma condição médica geral ou se é primária (isto é, não devido a uma substância ou a uma condição médica geral), indica-se um diagnóstico de Disfunção Sexual Sem Outra Especificação.

### Critérios Diagnósticos para Disfunção Sexual Induzida por Substância

A. Predomina no quadro clínico uma disfunção sexual clinicamente significativa, que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a disfunção sexual é plenamente explicada pelo uso de uma substância, o que se manifesta por (1) ou (2):

(1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de um mês após a Intoxicação com Substância

(2) o uso de um medicamento está etiologicamente relacionado com a perturbação

C. A perturbação não é melhor explicada por uma Disfunção Sexual não induzida por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por uma Disfunção Sexual não induzida por substância podem incluir as seguintes: os sintomas precedem o início do uso ou a dependência da substância (ou o uso do medicamento); os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da intoxicação, ou excedem substancialmente aqueles que seriam esperados, dado o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração de seu uso; ou existem outras evidências sugerindo a existência de uma Disfunção Sexual independente, não induzida por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados à substância). Nota para a codificação: Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância apenas quando a disfunção sexual excede aquela habitualmente associada à síndrome de intoxicação e quando a disfunção é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

Codificar Disfunção Sexual Induzida por [Substância Específica]:

(291,8 Álcool; 292.89 Anfetamina [ou Substância Tipo Anfetamina]; 292.89 Cocaína; 292.89 Opióide; 292.89 Sedativos, Hipnóticos e Ansiolíticos; 292.89 Outra Substância [ou Substância Desconhecida]).

Especificar se:

- Com Prejuízo do Desejo
- Com Prejuízo da Excitação
- Com Prejuízo do Orgasmo
- Com Dor Sexual

Especificar se:

Com Início Durante Intoxicação: se são satisfeitos os critérios para Intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

F52.9 - 302.70 Disfunção Sexual Sem Outra Especificação Esta categoria inclui disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer Disfunção Sexual específica.

Exemplos:

1. Ausência de sensações eróticas subjetivas (ou sensações substancialmente diminuídas), apesar de excitação e orgasmo de outro modo normais.
2. Situações nas quais o clínico concluiu que uma disfunção sexual está presente, mas é incapaz de determinar se é primária, devido a uma condição médica geral ou induzida por uma substância.

### **F52.6 - 302.76 - Dispareunia**

(Não Devido a uma Condição Médica Geral)

Características Diagnósticas

A característica essencial da Dispareunia é dor genital associada com o intercuro sexual (Critério A). Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, ela também pode ocorrer antes ou após o intercuro. O transtorno pode ocorrer tanto em homens quanto em mulheres. Em mulheres, a dor pode ser descrita como superficial, durante a penetração, ou profunda, durante as investidas do pênis. A intensidade dos sintomas pode variar desde um leve desconforto até uma dor aguda. A perturbação deve provocar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Critério B). O distúrbio não é causado exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação, não é melhor explicado por outro transtorno do Eixo I (exceto por outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério C).

Subtipos

Os subtipos são oferecidos para indicar início (Ao Longo da Vida versus Adquirido), contexto (Generalizado versus Situacional) e fatores etiológicos (Devido a Fatores Psicológicos, Devido a Fatores Combinados) para Dispareunia.

Características e Transtornos Associados

A Dispareunia raramente é a queixa principal nos contextos de saúde mental. Os indivíduos com Dispareunia tipicamente buscam tratamento em contextos médicos gerais. O exame físico dos indivíduos com este transtorno tipicamente não demonstra

anormalidades genitais. A experiência repetida de dor genital durante o coito pode provocar a esquivia de experiências sexuais, perturbando relacionamentos sexuais existentes ou limitando o desenvolvimento de novos.

## Curso

A limitada quantidade de informações disponíveis sugere que o curso da Dispareunia tende a ser crônico.

## Diagnóstico Diferencial

A Dispareunia deve ser diferenciada de uma Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico apropriado é de Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quando a disfunção é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos de determinada condição médica geral (por ex., lubrificação vaginal insuficiente; patologia pélvica, como infecções vaginais ou do trato urinário, tecido vaginal com cicatrizes, endometriose ou aderências; atrofia vaginal pós-menopausa; privação temporária de estrógeno durante a lactação; irritação ou infecção do trato urinário, ou condições gastrintestinais). Esta determinação baseia-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se tanto Dispareunia quanto uma condição médica geral estão presentes, mas o clínico considera que a disfunção sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral, então se aplica um diagnóstico de Dispareunia Devido a Fatores Combinados. Contrastando com a Dispareunia, uma Disfunção Sexual Induzida por Substância é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância. Um orgasmo doloroso tem sido relatado com flufenazina, tioridazina e amoxapina. Se tanto Dispareunia quanto o uso de uma substância estão presentes, mas o clínico julga que a Dispareunia sexual não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos do uso da substância, então é diagnosticada Dispareunia Devido a Fatores Combinados. Se a dor sexual é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos tanto de uma condição médica geral quanto do uso de uma substância, tanto Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral quanto Disfunção Sexual Induzida por Substância são diagnosticadas. A Dispareunia não é diagnosticada se causada exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação. Um diagnóstico adicional de Dispareunia em geral não é feito se a disfunção sexual é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno de Somatização). O diagnóstico adicional pode ser feito quando a dificuldade orgásmica antecede o transtorno do Eixo I ou se é um foco de atenção clínica independente. A Dispareunia também pode ocorrer em associação com outras Disfunções Sexuais (exceto Vaginismo) e, se os critérios para ambas são satisfeitos, ambas as condições devem ser codificadas. A dor ocasional associada com o intercurso sexual, não persistente ou recorrente ou não acompanhada de acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, não é considerada Dispareunia.

## Critérios Diagnósticos para F52.6 - 302.76 Dispareunia

A. Dor genital recorrente ou persistente associada com o intercurso sexual em homem ou mulher.

B. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

C. A perturbação não é causada exclusivamente por Vaginismo ou falta de lubrificação, não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar tipo: Tipo Ao Longo da Vida Tipo Adquirido

Especificar tipo: Tipo Generalizado Tipo Situacional

Especificar: Devido a Fatores Psicológicos Devido a Fatores Combinados

## **Transtornos da Identidade de Gênero**

Os Transtornos da Identidade de Gênero caracterizam-se por uma forte identificação sexual com o gênero oposto, acompanhada por desconforto persistente com o próprio sexo atribuído. O Transtorno Sexual Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos do funcionamento sexual não classificáveis em qualquer das categorias específicas. Cabe notar que as noções de desvio, padrões de desempenho sexual e conceitos de papel apropriado para o gênero podem variar entre as culturas.

### Características Diagnósticas

As características essenciais de uma parafilia consistem de fantasias, anseios sexuais ou comportamentos recorrentes, intensos e sexualmente excitantes, em geral envolvendo

1) objetos não-humanos;

2) sofrimento ou humilhação, próprios ou do parceiro, ou

3) crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento, tudo isso ocorrendo durante um período mínimo de 6 meses (Critério A). Em alguns indivíduos, as fantasias ou estímulos parafílicos são obrigatórios para a excitação erótica e sempre incluídos na atividade sexual. Em outros casos, as preferências parafílicas ocorrem apenas

episodicamente (por ex., talvez durante períodos de estresse), ao passo que em outros momentos o indivíduo é capaz de funcionar sexualmente sem fantasias ou estímulos parafílicos. O comportamento, os anseios sexuais ou as fantasias causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). A imaginação parafílica pode ser posta em ação com um parceiro sem o seu consentimento de modo a causar-lhe danos (como no Sadismo Sexual ou na Pedofilia), podendo o indivíduo estar sujeito à detenção ou prisão. As ofensas sexuais contra crianças constituem uma parcela significativa dos atos sexuais criminosos, sendo que os indivíduos com Exibicionismo, Pedofilia e Voyeurismo perfazem a maioria dos agressores sexuais presos. Em algumas situações, a ação sob a influência da imaginação parafílica pode acarretar ferimentos auto-infligidos (como no Masoquismo Sexual). Os relacionamentos sociais e sexuais podem ser prejudicados se as outras pessoas consideram vergonhoso ou repugnante o comportamento sexual incomum ou se o parceiro sexual do indivíduo recusa-se a cooperar com suas preferências sexuais incomuns. Em alguns casos, o comportamento incomum (por ex., atos exibicionistas ou coleção de fetiches) pode tornar-se a principal atividade sexual na vida do indivíduo. Esses indivíduos raramente buscam auxílio por sua própria conta, geralmente chegando à atenção dos profissionais de saúde mental apenas quando seu comportamento provocou conflitos com parceiros sexuais ou com a sociedade. As Parafilias aqui descritas são condições especificamente identificadas por classificações anteriores. Elas incluem Exibicionismo (exposição dos genitais), Fetichismo (uso de objetos inanimados), Frotteurismo (tocar e esfregar-se em uma pessoa sem o seu consentimento), Pedofilia (foco em crianças pré-púberes), Masoquismo Sexual (ser humilhado ou sofrer), Sadismo Sexual (infligir humilhação ou sofrimento), Fetichismo Transvéstico (vestir-se com roupas do sexo oposto) e Voyeurismo (observar atividades sexuais). Uma categoria residual, Parafilia Sem Outra Especificação, inclui outras Parafilias encontradas com menor freqüência. Não raro, os indivíduos têm mais de uma Parafilia.

## Procedimentos de Registro

As Parafilias são diferenciadas com base no foco parafílico característico. Entretanto, se as preferências sexuais do indivíduo satisfazem os critérios para mais de uma Parafilia, todas devem ser diagnosticadas. Os códigos e termos diagnósticos são os seguintes: 302.4 Exibicionismo, 302.81 Fetichismo, 302.89 Frotteurismo, 302.2 Pedofilia, 302.83 Masoquismo Sexual, 302.84 Sadismo Sexual, 302.82 Voyeurismo, 302.3 Fetichismo Transvéstico e 302.9 Parafilia Sem Outra Especificação.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O estímulo preferido, mesmo dentro de determinada Parafilia, pode ser altamente específico. Os indivíduos que não dispõem de um parceiro consensual com quem possam atuar suas fantasias podem recorrer aos serviços da prostituição ou atuar suas fantasias contra a vontade de suas vítimas. Os indivíduos com uma Parafilia podem escolher uma



profissão ou desenvolver um passatempo ou trabalho voluntário que os coloque em contato com o estímulo desejado (por ex., vender sapatos ou roupas íntimas femininas [Fetichismo], trabalhar com crianças [Pedofilia] ou dirigir uma ambulância [Sadismo Sexual]. Eles podem ver, ler, comprar ou colecionar seletivamente fotografias, filmes e textos que enfocam seu tipo preferido de estímulo parafílico. Muitos indivíduos com esses transtornos afirmam que o comportamento não lhes causa sofrimento e que seu único problema é a disfunção sexual resultante da reação de outras pessoas a seu comportamento. Outros relatam extrema culpa, vergonha e depressão pela necessidade de se envolverem em uma atividade sexual incomum que é socialmente inaceitável ou que eles próprios consideram imoral. Existe, freqüentemente, um prejuízo da capacidade de ter uma atividade sexual recíproca e afetuosa, podendo ocorrer Disfunções Sexuais. Distúrbios da personalidade também são freqüentes, podendo ser suficientemente severos para indicar um diagnóstico de Transtorno da Personalidade. Sintomas depressivos podem desenvolver-se em indivíduos com Parafilias, podendo acompanhar-se de um aumento da freqüência e intensidade do comportamento parafílico.

#### Achados laboratoriais associados

A pletismografia peniana tem sido usada no contexto de pesquisas para avaliar várias Parafilias, medindo a excitação sexual de um indivíduo em resposta a estímulos visuais e auditivos. A confiabilidade e a validade deste procedimento na avaliação clínica não foram bem estabelecidas, e a experiência clínica sugere que os sujeitos podem simular uma resposta, manipulando imagens mentais.

#### Condições médicas gerais associadas

O sexo freqüente e desprotegido pode acarretar infecções ou a transmissão de uma doença sexualmente transmissível. Comportamentos sádicos ou masoquistas podem provocar ferimentos, que variam desde leves até ameaçadores à vida.

#### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

O diagnóstico de Parafilias entre as várias culturas ou religiões é complicado pelo fato de que aquilo que é considerado um desvio em um contexto cultural pode ser mais aceitável em outro. Exceto pelo Masoquismo Sexual, em que a proporção entre os sexos está estimada em 20 homens para cada mulher, as demais Parafilias quase nunca são diagnosticadas em mulheres, embora alguns casos tenham sido relatados.

#### Prevalência

Embora as Parafilias raramente sejam diagnosticadas em contextos clínicos gerais, o amplo mercado da pornografia e da parafernália parafilica sugere que sua prevalência na comunidade tende a ser maior. Os problemas apresentados com maior frequência em clínicas especializadas no tratamento de Parafilias são Pedofilia, Voyeurismo e Exibicionismo. O Masoquismo Sexual e o Sadismo Sexual são vistos com uma frequência muito menor. Aproximadamente metade dos indivíduos com Parafilias vistos em clínicas é casada.

## Curso

Certas fantasias e comportamentos associados com Parafilias podem iniciar na infância ou nos primeiros anos da adolescência, mas tornam-se mais definidos e elaborados durante a adolescência e início da idade adulta. A elaboração e revisão das fantasias parafilicas pode continuar ao longo de toda a vida do indivíduo. Por definição, as fantasias e os anseios associados com esses transtornos são recorrentes. Muitos indivíduos relatam que as fantasias estão sempre presentes, mas que existem períodos em que a frequência das fantasias e a intensidade dos anseios variam substancialmente. Os transtornos tendem a ser crônicos e vitalícios, mas tanto as fantasias quanto os comportamentos frequentemente diminuem com o avanço da idade em adultos. Os comportamentos podem aumentar em resposta a estressores psicossociais, em relação a outros transtornos mentais ou com o aumento das oportunidades de envolvimento na Parafilia.

## Diagnóstico Diferencial

Uma Parafilia deve ser diferenciada do uso não-patológico de fantasias sexuais, comportamentos ou objetos como estímulo para a excitação sexual em indivíduos sem Parafilia. Fantasias, comportamentos ou objetos são parafilicos apenas quando levam a sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos (por ex., são obrigatórios, acarretam disfunção sexual, exigem a participação de indivíduos sem seu consentimento, trazem complicações legais, interferem nos relacionamentos sociais). Em casos de Retardo Mental, Demência, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, Intoxicação com Substância, Episódio Maníaco ou Esquizofrenia, pode haver uma redução do julgamento, habilidades sociais ou controle dos impulsos que, em casos raros, leva a um comportamento sexual incomum. Isto pode ser diferenciado de uma Parafilia pelo fato de que o comportamento sexual incomum não é o padrão preferido ou obrigatório do indivíduo, os sintomas sexuais ocorrem exclusivamente durante o curso desses transtornos mentais, e os atos sexuais incomuns tendem a ser isolados, ao invés de recorrentes, geralmente iniciando em uma idade mais tardia. As Parafilias individuais podem ser distinguidas com base nas diferenças entre o foco parafilico característico. Entretanto, se as preferências sexuais do indivíduo satisfazem os critérios para mais de uma Parafilia, todas podem ser diagnosticadas. O Exibicionismo deve ser distinguido da micção em local público, que ocasionalmente é oferecida como explicação para o comportamento. O Fetichismo e o Fetichismo Transvéstico frequentemente envolvem artigos do vestuário feminino. No Fetichismo, o foco da

excitação sexual situa-se na própria peça de vestuário (por ex., calcinhas), enquanto no Fetichismo Transvéstico a excitação sexual vem do ato de vestir as roupas do sexo oposto. O uso de roupas do sexo oposto, que está presente no Fetichismo Transvéstico, pode também ocorrer no Masoquismo Sexual. No Masoquismo Sexual, é a humilhação de ser forçado a vestir roupas do sexo oposto, não as roupas em si, o foco da excitação sexual. O transvestismo pode estar associado com disforia quanto ao gênero. Se alguma disforia quanto ao gênero está presente, mas não são satisfeitos todos os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero, o diagnóstico é de Fetichismo Transvéstico, Com Disforia Quanto ao Gênero. Os indivíduos devem receber o diagnóstico adicional de Transtorno da Identidade de Gênero se sua apresentação satisfaz todos os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero .

### **Parafilia: Exibicionismo - F65.2-302.4**

O foco parafílico no Exibicionismo envolve a exposição dos próprios genitais a um estranho. Às vezes o indivíduo se masturba durante a exposição (ou enquanto fantasia que se expõe). Se o indivíduo age sob a influência desses anseios, geralmente não existe qualquer tentativa de uma atividade sexual adicional com o estranho. Em alguns casos, o indivíduo está consciente de um desejo de surpreender ou chocar o observador; em outros, o indivíduo tem a fantasia sexualmente excitante de que o observador ficará sexualmente excitado. O início em geral ocorre antes dos 18 anos, embora possa começar mais tarde. Poucos indivíduos de grupos etários mais velhos são detidos, o que pode sugerir que a condição se torna menos severa após os 40 anos de idade.

#### **Critérios Diagnósticos para F65.2 - 302.4 Exibicionismo**

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias, anseios sexuais e comportamentos sexualmente excitantes recorrentes e intensos, envolvendo a exposição dos próprios genitais a um estranho insuspeito.

B. As fantasias, anseios ou comportamentos sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

### **Parafilia: Fetichismo - F65.0-302.81**

O foco parafílico no Fetichismo envolve o uso de objetos inanimados ("fetiches"). Entre os objetos de fetiche mais comuns estão calcinhas, soutiens, meias, sapatos, botas ou outras peças do vestuário feminino. O indivíduo com Fetichismo frequentemente se masturba enquanto segura, esfrega ou cheira o objeto do fetiche ou

pode pedir que o parceiro sexual use o objeto durante seus encontros sexuais. Em geral o fetiche é exigido ou enfaticamente preferido para a excitação sexual, podendo os homens, em sua ausência, apresentar disfunção erétil. Esta Parafilia não é diagnosticada quando os fetiches se restringem a artigos do vestuário feminino usados no transvestismo, como no Fetichismo Transvéstico, ou quando o objeto é genitalmente estimulante porque foi concebido com esta finalidade (por ex., vibrador). Em geral, a Parafilia inicia na adolescência, embora o fetiche possa ter sido investido de uma importância especial na infância. Uma vez estabelecido, o Fetichismo tende a ser crônico.

#### Critérios Diagnósticos para F65.0 - 302.81 Fetichismo

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes, recorrentes e intensas, impulsos sexuais e anseios ou comportamentos envolvendo o uso de objetos inanimados (por ex., roupas íntimas femininas).

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os objetos de fetiche não se restringem a artigos de vestuário feminino usados no transvestismo (como no Fetichismo Transvéstico) ou a dispositivos desenvolvidos com a finalidade de estimulação tátil da genitália (por ex., vibrador).

#### **Parafilia: Frotteurismo - F65.8 -302.89**

O foco parafílico do Frotteurismo envolve tocar e esfregar-se em uma pessoa sem seu consentimento. O comportamento geralmente ocorre em locais com grande concentração de pessoas, dos quais o indivíduo pode escapar mais facilmente de uma detenção (por ex., calçadas movimentadas ou veículos de transporte coletivo). Ele esfrega seus genitais contra as coxas e nádegas ou acaricia com as mãos a genitália ou os seios da vítima. Ao fazê-lo, o indivíduo geralmente fantasia um relacionamento exclusivo e carinhos com a vítima. Entretanto, ele reconhece que, para evitar um possível processo legal, deve escapar à detecção após tocar sua vítima. Geralmente, a parafilia inicia na adolescência. A maior parte dos atos deste transtorno ocorre quando a pessoa está entre os 15 e os 25 anos de idade, após o que se observa um declínio gradual em sua frequência.

#### Critérios Diagnósticos para F65.8 - 302.89 Frotteurismo

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes, recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo tocar e esfregar-se em uma pessoa sem o seu consentimento.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

### **Parafilia: Pedofilia - F65.4 - 302.2**

O foco parafilico da Pedofilia envolve atividade sexual com uma criança pré-púbere (geralmente com 13 anos ou menos). O indivíduo com Pedofilia deve ter 16 anos ou mais e ser pelo menos 5 anos mais velho que a criança. Para indivíduos com Pedofilia no final da adolescência, não se especifica uma diferença etária precisa, cabendo exercer o julgamento clínico, pois é preciso levar em conta tanto a maturidade sexual da criança quanto a diferença de idade. Os indivíduos com Pedofilia geralmente relatam uma atração por crianças de uma determinada faixa etária. Alguns preferem meninos, outros sentem maior atração por meninas, e outros são excitados tanto por meninos quanto por meninas. Os indivíduos que sentem atração pelo sexo feminino geralmente preferem crianças de 10 anos, enquanto aqueles atraídos por meninos preferem, habitualmente, crianças um pouco mais velhas. A Pedofilia envolvendo vítimas femininas é relatada com maior frequência do que a Pedofilia envolvendo meninos. Alguns indivíduos com Pedofilia sentem atração sexual exclusivamente por crianças (Tipo Exclusivo), enquanto outros às vezes sentem atração por adultos (Tipo Não-Exclusivo). Os indivíduos com Pedofilia que atuam segundo seus anseios podem limitar sua atividade a despir e observar a criança, exhibir-se, masturbar-se na presença dela, ou tocá-la e afagá-la. Outros, entretanto, realizam felação ou cunilíngua ou penetram a vagina, boca ou ânus da criança com seus dedos, objetos estranhos ou pênis, utilizando variados graus de força para tal. Essas atividades são geralmente explicadas com desculpas ou racionalizações de que possuem "valor educativo" para a criança, de que esta obtém "prazer sexual" com os atos praticados, ou de que a criança foi "sexualmente provocante" — temas comuns também na pornografia pedófila. Os indivíduos podem limitar suas atividades a seus próprios filhos, filhos adotivos ou parentes, ou vitimar crianças de fora de suas famílias. Alguns indivíduos com Pedofilia ameaçam a criança para evitar a revelação de seus atos. Outros, particularmente aqueles que vitimam crianças com frequência, desenvolvem técnicas complicadas para obterem acesso às crianças, que podem incluir a obtenção da confiança da mãe, casar-se com uma mulher que tenha uma criança atraente, traficar crianças com outros indivíduos com Pedofilia ou, em casos raros, adotar crianças de países não-industrializados ou raptar crianças. Exceto em casos nos quais o transtorno está associado com Sadismo Sexual, o indivíduo pode atender às necessidades da criança para obter seu afeto, interesse e lealdade e evitar que esta denuncie a atividade sexual. O transtorno geralmente começa na adolescência, embora alguns indivíduos com Pedofilia relatem não terem sentido atração por crianças até a meia-idade. A frequência do comportamento pedófilo costuma flutuar de acordo com o estresse psicossocial. O curso em geral é crônico, especialmente nos indivíduos atraídos por meninos. A taxa de

recidiva para indivíduos com Pedofilia envolvendo uma preferência pelo sexo masculino é aproximadamente o dobro daquela para a preferência pelo sexo feminino.

### Critérios Diagnósticos para F65.4 - 302.2 Pedofilia

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma (ou mais de uma) criança pré-púbere (geralmente com 13 anos ou menos).

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O indivíduo tem no mínimo 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho que a criança ou crianças no Critério A.

Nota para a codificação: Não incluir um indivíduo no final da adolescência envolvido em um relacionamento sexual contínuo com uma criança com 12 ou 13 anos de idade.

#### **Especificar se:**

- Atração Sexual por Homens
- Atração Sexual por Mulheres
- Atração Sexual por Ambos os Sexos

#### **Especificar se:**

Limitada ao Incesto

Especificar tipo:

Tipo Exclusivo (atração apenas por crianças)

Tipo Não-Exclusivo

### **Parafilia: Masoquismo - F65.5 - 302.83**

O foco parafílico do Masoquismo Sexual envolve o ato (real, não simulado) de ser humilhado, espancado, atado ou de outra forma submetido a sofrimento. Alguns indivíduos se sentem perturbados por suas fantasias masoquistas, que podem ser invocadas durante o intercuro sexual ou a masturbação, mas não atuadas de outro modo. Nesses casos, as fantasias masoquistas em geral envolvem ser estuprado estando preso ou atado por outros, sem possibilidade de fuga. Outros agem de acordo com seus desejos sexuais masoquistas por conta própria (por ex., atando a si mesmos, picando-se com alfinetes ou agulhas, auto-administrando choques elétricos ou automutilando-se) ou com um parceiro. Os atos masoquistas que podem ser buscados com um parceiro incluem contenções (sujeição), colocação de vendas (sujeição sensorial), palmadas, espancamento, açoitamento, choques elétricos, ser cortado, "perfurado e atravessado" (infibulação) e humilhado (por ex., receber sobre si a urina ou as fezes do parceiro, ser forçado a rastejar e latir como um cão, ou ser submetido a abuso verbal). O transvestismo forçado pode ser buscado por sua associação com a humilhação. O indivíduo pode ter um desejo de ser tratado como um bebê indefeso e de usar fraldas ("infantilismo"). Uma forma particularmente perigosa de Masoquismo Sexual, chamada "hipoxifilia", envolve a excitação sexual pela privação de oxigênio, obtida por meio de compressão torácica, garrotes, ataduras, sufocação com saco plástico, máscara ou substância química (frequentemente um nitrito volátil que produz uma redução temporária da oxigenação cerebral pela vasodilatação periférica). As atividades de privação de oxigênio podem ser executadas a sós ou com um parceiro. Mortes acidentais podem ocorrer devido a mau funcionamento do equipamento, erros na colocação da força ou da atadura em torno do pescoço ou outros deslizos. Dados dos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Canadá indicam que uma a duas mortes causadas por hipoxifilia por milhão são detectadas a cada ano. Alguns homens com Masoquismo Sexual também têm Fetichismo, Fetichismo Transvéstico ou Sadismo Sexual. As fantasias sexuais masoquistas tendem a ter estado presentes na infância. A idade na qual iniciam as atividades masoquistas com parceiros é variável, mas geralmente se situa nos primeiros anos da vida adulta. O Masoquismo Sexual geralmente é crônico, com tendência a repetir o mesmo ato masoquista. Alguns indivíduos com Masoquismo Sexual podem dedicar-se a atos masoquistas por muitos anos sem um aumento na sua potencial periculosidade. Outros, entretanto, aumentam a gravidade dos atos masoquistas ao longo do tempo ou durante períodos de estresse, podendo acabar em ferimentos ou até mesmo em morte.

#### Critérios Diagnósticos para F65.5 - 302.83 Masoquismo Sexual

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes, recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo o ato (real, não simulado) de ser humilhado, espancado, atado ou de outra forma submetido a sofrimento.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

## **Parafilia: Sadismo - F65.5-302.84**

O foco parafilico do Sadismo Sexual envolve atos (reais, não simulados) nos quais o indivíduo deriva excitação sexual do sofrimento psicológico ou físico (incluindo humilhação) da vítima. Alguns indivíduos com esta Parafilia se sentem perturbados por suas fantasias sádicas, que podem ser invocadas durante a atividade sexual mas não são atuadas de outro modo; nesses casos, as fantasias sádicas envolvem, habitualmente, o completo controle sobre a vítima, que se sente aterrorizada ante o ato sádico iminente. Outros atuam segundo seus anseios sádicos com um parceiro que consente em sofrer dor ou humilhação (e que pode ter Masoquismo Sexual). Outros, ainda, colocam em prática seus anseios sexuais sádicos com vítimas que não dão consentimento. Em todos esses casos, o que causa excitação sexual é o sofrimento da vítima. As fantasias ou atos sádicos podem envolver atividades que indicam o domínio do indivíduo sobre a vítima (por ex., forçar a vítima a rastejar ou mantê-la em uma jaula). Os indivíduos também podem atar, vendar, dar palmadas, espancar, chicotear, beliscar, bater, queimar, administrar choques elétricos, estuprar, cortar, esfaquear, estrangular, torturar, mutilar ou matar a vítima. As fantasias sexuais sádicas tendem a ter estado presentes na infância. A idade de início das atividades sádicas é variável, mas habitualmente ocorre nos primeiros anos da vida adulta. O Sadismo Sexual geralmente é crônico. Quando o Sadismo Sexual é praticado com parceiros que não consentem com a prática, a atividade tende a ser repetida até que o indivíduo com Sadismo Sexual seja preso. Alguns indivíduos com Sadismo Sexual podem dedicar-se a atos sádicos por muitos anos, sem necessidade de aumentar o potencial de infligir sérios danos físicos. Geralmente, entretanto, a gravidade dos atos sádicos aumenta com o tempo. Quando o Sadismo Sexual é severo, e especialmente quando está associado com Transtorno da Personalidade Anti-Social, os indivíduos podem ferir gravemente ou matar suas vítimas.

### **Critérios Diagnósticos para F65.5 - 302.84 Sadismo Sexual**

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes, recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo atos (reais, não simulados) nos quais o sofrimento psicológico ou físico (incluindo humilhação) da vítima é sexualmente excitante para o indivíduo.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

## **F65.1 - 302.3 - Fetichismo Transvéstico**



## Características Diagnósticas

O foco parafilico do Fetichismo Transvéstico envolve vestir-se com roupas do sexo oposto. Geralmente, o homem com Fetichismo Transvéstico mantém uma coleção de roupas femininas, que usa intermitentemente. Enquanto usa roupas femininas, ele em geral se masturba, imaginando-se tanto como o sujeito masculino quanto como o objeto feminino de sua fantasia sexual. Este transtorno tem sido descrito apenas em homens heterossexuais. O Fetichismo Transvéstico não é diagnosticado quando o se vestir com roupas do sexo oposto ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno da Identidade de Gênero. Os fenômenos transvésticos variam desde o uso ocasional e solitário de roupas femininas até o extenso envolvimento em uma subcultura transvéstica. Alguns homens usam um único item de vestuário feminino (por ex., roupa íntima ou cinta-liga) sob suas roupas masculinas. Outros homens com o transtorno vestem-se inteiramente como mulheres e usam maquiagem. O grau de semelhança de um indivíduo vestido desta forma com uma mulher varia, dependendo de maneirismos, postura corporal e habilidades de transvestir-se. Quando não está transvestido, o homem com Fetichismo Transvéstico em geral é irreparavelmente masculino. Embora sua preferência básica seja heterossexual, ele tende a ter poucas parceiras sexuais e pode ter-se envolvido em atos homossexuais ocasionais. Um aspecto associado pode ser a presença de Masoquismo Sexual. O transtorno tipicamente começa com o uso de roupas femininas na infância ou início da adolescência. Em muitos casos, o transvestismo não é realizado em público até a idade adulta. A experiência inicial pode envolver o uso parcial ou completo de roupas femininas, sendo que o primeiro freqüentemente progride para o uso de um vestuário feminino completo. Uma peça favorita do vestuário pode tornar-se erótica em si mesma e ser usada habitualmente, primeiro na masturbação e, posteriormente, no intercuro. Em alguns indivíduos, a motivação para vestir roupas femininas pode mudar ao longo do tempo, temporária ou permanentemente, com a excitação sexual em resposta ao transvestismo diminuindo ou desaparecendo. Nesses casos, o uso de roupas femininas torna-se um antídoto para a ansiedade e depressão ou contribui para um sentimento de paz e tranqüilidade. Em outros indivíduos, uma disforia quanto ao gênero pode emergir, especialmente sob estresse situacional, com ou sem sintomas de depressão. Para um pequeno número de indivíduos, a disforia quanto ao gênero torna-se uma parte fixa do quadro clínico, sendo acompanhada pelo desejo de se vestir e viver permanentemente como uma mulher e de buscar reatribuição sexual, por meio de hormônios ou cirurgia. Os indivíduos com Fetichismo Transvéstico freqüentemente buscam tratamento quando emerge disforia quanto ao gênero. O subtipo Com Disforia Quanto ao Gênero é oferecido para permitir que o clínico anote a presença de disforia quanto ao gênero como parte do Fetichismo Transvéstico.

### Critérios Diagnósticos para F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico

A. Ao longo de um período mínimo de 6 meses, fantasias, anseios sexuais e comportamentos sexualmente excitantes recorrentes e intensos, envolvendo a exposição dos próprios genitais a um estranho insuspeito.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com Disforia Quanto ao Gênero: se o indivíduo sente um desconforto persistente com o papel ou a identidade de gênero.

### **F65.3 - 302.82 Voyeurismo**

O foco parafílico do Voyeurismo envolve o ato de observar indivíduos, geralmente estranhos, sem suspeitar que estão sendo observados, que estão nus, a se despirem ou em atividade sexual. O ato de observar ("espiar") serve à finalidade de obter excitação sexual, e geralmente não é tentada qualquer atividade sexual com a pessoa observada. O orgasmo, em geral produzido pela masturbação, pode ocorrer durante o Voyeurismo ou mais tarde, em resposta à recordação do que o indivíduo testemunhou. Frequentemente, esses indivíduos fantasiam uma experiência sexual com a pessoa observada, mas isto raramente ocorre na realidade. Em sua forma severa, o ato de espiar constitui a forma exclusiva de atividade sexual. O início do comportamento voyeurista geralmente ocorre antes dos 15 anos. O curso tende a ser crônico.

#### **CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F65.3 - 302.82 Voyeurismo**

A. Durante um período mínimo de 6 meses, fantasias sexualmente excitantes recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo o ato de observar uma pessoa que está nua, a se despirm ou em atividade sexual, sem suspeitar que está sendo observada.

B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

### **F65.9 - 302.9 - Parafilia Sem Outra Especificação**

Esta categoria é incluída para a codificação de Parafilias que não satisfazem os critérios para qualquer das categorias específicas. Os exemplos incluem a escatologia telefônica (telefonemas obscenos), necrofilia (cadáveres), parcialismo (foco exclusivo em uma parte do corpo), zoofilia (animais), coprofilia (fezes), clismafilia (enemas) e urofilia (urina), entre outras.

## **F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero**

### Características Diagnósticas

Há dois componentes no Transtorno da Identidade de Gênero, sendo que ambos devem estar presentes para fazer o diagnóstico. Deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste do desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto (Critério A). Esta identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo (Critério B). O diagnóstico não é feito se o indivíduo tem uma condição intersexual física concomitante (por ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) (Critério C). Para que este diagnóstico seja feito, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D). Em meninos, a identificação com o gênero oposto é manifestada por uma acentuada preocupação com atividades tradicionalmente femininas. Eles podem manifestar uma preferência por vestir-se com roupas de meninas ou mulheres ou improvisar esses itens a partir de materiais disponíveis, quando os artigos genuínos não estão à sua disposição. Toalhas, aventais e lenços frequentemente são usados para representar cabelos longos ou saias. Existe uma forte atração pelos jogos e passatempos estereotípicos de meninas. Pode ser observada uma preferência particular por brincar de casinha, desenhar meninas bonitas e princesas e assistir televisão ou vídeos de suas personagens femininas favoritas. Bonecas estereotipicamente femininas, tais como Barbie, com frequência são seus brinquedos favoritos, e as meninas são suas companhias preferidas. Quando brincam de casinha, esses meninos encenam figuras femininas, mais comumente "papéis de mãe", e habitualmente ocupam sua fantasia com figuras femininas. Esses meninos evitam brincadeiras rudes e esportes competitivos e demonstram pouco interesse por carrinhos ou caminhões ou outros brinquedos não-agressivos, porém estereotipicamente masculinos. Eles podem expressar um desejo de ser meninas e declarar que, quando crescerem, serão mulheres. Pode haver, também, uma insistência em urinar sentados e em fingir que não possuem pênis, escondendo-o entre as pernas. Mais raramente, os meninos com Transtorno da Identidade de Gênero podem afirmar que têm aversão por seu pênis ou testículos, que desejam removê-los ou que têm, ou desejam ter, uma vagina. As meninas com Transtorno da Identidade de Gênero apresentam reações negativas intensas às expectativas ou tentativas dos pais de que se vistam com roupas femininas. Algumas podem recusar-se a comparecer à escola ou a eventos sociais em que essas roupas são exigidas. Elas preferem roupas de menino e cabelos curtos e com frequência são erroneamente identificadas por estranhos como meninos; elas também podem pedir aos outros que as chamem por nomes masculinos. Seus heróis de fantasia são, com maior frequência, figuras masculinas poderosas, tais como Batman ou Super-Homem. Essas meninas preferem brincar com meninos, e com eles compartilham interesses em esportes de contato, brincadeiras rudes e jogos tradicionalmente masculinos. Elas demonstram pouco interesse em bonecas ou em qualquer forma de roupas ou atividades femininas de faz-de-conta. Uma menina com este transtorno pode recusar-se, ocasionalmente, a urinar sentada. Ela pode afirmar que

tem ou terá um pênis e não desejar desenvolver seios ou menstruar. Ela pode declarar que quando crescer será um homem. Essas meninas tipicamente revelam acentuada identificação com o gênero oposto em brincadeiras, sonhos e fantasias. Os adultos com Transtorno da Identidade de Gênero preocupam-se com seu desejo de viver como um membro do sexo oposto. Esta preocupação pode manifestar-se como um intenso desejo de adotar o papel social do sexo oposto ou adquirir a aparência física do sexo oposto através de manipulação hormonal ou cirúrgica. Os adultos com este transtorno sentem desconforto ao serem considerados ou funcionarem, na sociedade, como um membro de seu sexo designado. Eles adotam, em variados graus, o comportamento, roupas e maneirismos do sexo oposto. Em sua vida privada, esses indivíduos podem passar muito tempo vestidos como o sexo oposto e trabalhando para que sua aparência seja a do outro sexo. Com roupas do sexo oposto e tratamento hormonal (e, para homens, eletrólise), muitos indivíduos com este transtorno podem passar-se convincentemente por pessoas do sexo oposto. A atividade sexual desses indivíduos com parceiros do mesmo sexo geralmente é limitada pelo fato de preferirem que os parceiros não vejam nem toquem seus genitais. Para alguns homens que apresentam o transtorno em uma idade mais tardia (frequentemente após o casamento), a atividade sexual com uma mulher é acompanhada pela fantasia de serem amantes lésbicas ou de que sua parceira é um homem e ele é uma mulher. Em adolescentes, as características clínicas podem assemelhar-se àqueles de crianças ou de adultos, dependendo do nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo os critérios ser aplicados de acordo com o quadro clínico. Em um adolescente mais jovem, pode ser difícil chegar a um diagnóstico correto, em vista de sua reserva, que pode aumentar se ele sentir-se ambivalente acerca da sua identificação com o sexo oposto ou achar que isto é inaceitável para sua família. O adolescente pode ser encaminhado para avaliação porque os pais ou professores demonstram preocupação com o isolamento social ou com zombaria ou rejeição por parte dos seus pares. Nessas circunstâncias, o diagnóstico deve ser reservado para aqueles adolescentes que se mostram bastante identificados com o sexo oposto em seu vestuário ou que se envolvem em comportamentos que sugerem uma significativa identificação com o gênero oposto (por ex., depilar as pernas, em homens). O esclarecimento do diagnóstico em crianças e adolescentes pode exigir um extenso período de monitoramento. O sofrimento ou prejuízo em indivíduos com Transtorno da Identidade de Gênero tem diferentes manifestações ao longo do ciclo vital. Em crianças pequenas, o sofrimento é manifestado pela infelicidade declarada acerca de seu sexo atribuído, sendo que a preocupação com desejos do sexo oposto frequentemente interfere em atividades corriqueiras. Em crianças mais velhas, o fracasso em desenvolver relacionamentos e habilidades apropriados à idade com seus pares do mesmo sexo frequentemente provoca isolamento e sofrimento, podendo algumas se recusar a comparecer à escola, em razão de zombaria ou pressões no sentido de vestirem-se de acordo com o estereótipo de seu sexo. Em adolescentes e adultos, a preocupação com desejos do sexo oposto frequentemente interfere em atividades corriqueiras. Dificuldades de relacionamento são comuns, podendo comprometer o funcionamento na escola ou no trabalho.

Especificadores

Para indivíduos sexualmente maduros, os seguintes especificadores podem ser anotados, com base na orientação sexual do indivíduo: Atração Sexual por Homens, Atração Sexual por Mulheres, Atração Sexual por Ambos os Sexos, Ausência de Atração por Quaisquer dos Sexos. Os homens com Transtorno da Identidade de Gênero incluem proporções substanciais com todos os quatro especificadores. Virtualmente todas as mulheres com Transtorno da Identidade de Gênero recebem o mesmo especificador — Atração Sexual por Mulheres -, embora existam casos excepcionais envolvendo mulheres com Atração Sexual por Homens.

## Procedimentos de Registro

O código diagnóstico depende da idade atual do indivíduo: se o transtorno ocorre na infância, utiliza-se o código 302.6; para um adolescente ou adulto, usa-se 302.85.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Muitos indivíduos com Transtorno da Identidade de Gênero tornam-se socialmente isolados. O isolamento e o ostracismo contribuem para a baixa auto-estima e podem levar à aversão e abandono da escola. O ostracismo e a zombaria por parte dos seus pares são seqüelas especialmente comuns para meninos com o transtorno. Os meninos com Transtorno da Identidade de Gênero em geral exibem maneirismos e padrão de fala acentuadamente femininos. A perturbação pode ser tão invasiva, que a vida mental de alguns indivíduos gira unicamente em torno de atividades que diminuem o sofrimento quanto ao gênero. Eles preocupam-se freqüentemente com a aparência, em especial no início da transição para uma vida no papel do sexo oposto. Os relacionamentos com um ou ambos os pais também pode ser seriamente prejudicados. Alguns homens com Transtorno da Identidade de Gênero recorrem à automedicação com hormônios e podem, muito raramente, executar sua própria castração ou penectomia. Especialmente em centros urbanos, alguns homens com o transtorno podem envolver-se em prostituição, o que os coloca em alto risco de infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tentativas de suicídio e Transtornos Relacionados a Substâncias estão habitualmente associados. As crianças com Transtorno da Identidade de Gênero podem manifestar Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Ansiedade Generalizada e sintomas depressivos coexistentes. Os adolescentes estão particularmente em risco de depressão e ideação suicida. Em adultos, ansiedade e sintomas depressivos podem estar presentes. Alguns adultos podem ter uma história de Fetichismo Transvêstico, bem com outras Parafilias. A associação com Transtornos da Personalidade é mais comum em homens do que em mulheres avaliados em clínicas especializadas para adultos.

## Achados laboratoriais associados

Não existe qualquer teste diagnóstico específico para o Transtorno da Identidade de Gênero. Na presença de um exame físico normal, geralmente não se indica o cariótipo de cromossomos sexuais e avaliações de hormônios sexuais. A testagem psicológica pode revelar identificação ou padrões de comportamento do gênero oposto. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Os indivíduos com Transtorno da Identidade de Gênero têm genitália normal (contrastando com a genitália ambígua ou hipogonadismo encontrados nas condições intersexuais físicas). Homens adolescentes e adultos com Transtorno da Identidade de Gênero podem apresentar um aumento das mamas resultante da ingestão de hormônios, ausência de pêlos por depilação temporária ou permanente e outras alterações físicas em consequência de procedimentos tais como rinoplastia ou desbastamento da cartilagem tireóide (redução cirúrgica do pomo de Adão). Mamas distorcidas ou com escoriações podem ser observadas em mulheres que usam faixas para ocultá-las. As complicações pós-cirúrgicas em indivíduos geneticamente femininos incluem cicatrizes proeminentes na parede torácica e, em indivíduos geneticamente masculinos, constrições vaginais, fístulas retovaginais, estenoses da uretra e jato urinário mal-direcionado. As mulheres adultas com Transtorno da Identidade de Gênero podem ter uma probabilidade maior do que a esperada de doença ovariana policística.

### Características Específica à Idade ao Gênero

As mulheres com Transtorno da Identidade de Gênero em geral experimentam menor ostracismo em razão de interesses relacionados ao sexo oposto e podem sofrer menos rejeição por parte de seus pares, pelo menos até a adolescência. Em amostras de clínicas infantis, existem aproximadamente cinco meninos para cada menina encaminhada com este transtorno. Em amostras clínicas adultas, os homens superam em número as mulheres, em cerca de duas a três vezes. Em crianças, a tendência para o encaminhamento de meninos pode refletir, em parte, o maior estigma associado com o comportamento do gênero oposto em meninos do que em meninas.

### Prevalência

Não existem estudos epidemiológicos recentes que ofereçam dados sobre a prevalência do Transtorno da Identidade de Gênero. Os dados de países menores da Europa, com acesso a estatísticas da população total e encaminhamentos, sugerem que aproximadamente 1 em 30.000 homens adultos e 1 em 100.000 mulheres adultas buscam cirurgia de reatribuição sexual.

### Curso

Para crianças encaminhadas a clínicas, o início de interesses e atividades relativos ao sexo oposto habitualmente se situa entre 2 e 4 anos de idade, sendo que alguns pais afirmam que seus filhos sempre manifestaram interesses do gênero oposto.

Apenas um pequeno número de crianças com Transtorno da Identidade de Gênero continua apresentando sintomas que satisfazem os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero na adolescência tardia ou na idade adulta. Tipicamente, as crianças são encaminhadas por ocasião de seu ingresso na escola, em vista da preocupação dos pais de que aquilo que consideravam uma "fase" parece não estar sendo superado. A maioria das crianças com Transtorno da Identidade de Gênero exibe comportamentos menos manifestos do gênero oposto com o passar do tempo, intervenção parental ou resposta de seus pares. Ao final da adolescência ou na idade adulta, cerca de três quartos dos meninos que apresentavam uma história infantil de Transtorno da Identidade de Gênero relatam uma orientação homossexual ou bissexual, mas sem um Transtorno da Identidade de Gênero concomitante. A maior parte dos restantes declara uma orientação heterossexual, também sem um Transtorno da Identidade de Gênero concomitante. As porcentagens correspondentes para a orientação sexual em meninas não são conhecidas. Algumas adolescentes podem desenvolver uma identificação mais clara com o sexo oposto e solicitar cirurgia de reatribuição sexual ou continuar em um curso crônico de confusão de gênero ou disforia quanto a este. Em homens adultos, existem dois cursos diferentes para o desenvolvimento do Transtorno da Identidade de Gênero. O primeiro consiste de uma continuação do Transtorno da Identidade de Gênero que teve seu início na infância ou começo da adolescência. Esses indivíduos tipicamente se apresentam ao final da adolescência ou na idade adulta. No outro curso, os sinais mais manifestos de identificação com o gênero oposto aparecem mais tardia e gradualmente, com uma apresentação clínica no início ou na metade da idade adulta, em geral se seguindo, mas às vezes concomitante com o Fetichismo Transvéstico. O grupo de início mais tardio pode ter um grau mais flutuante de identificação com o gênero oposto, maior ambivalência acerca de uma cirurgia de reatribuição sexual, maior propensão a sentir atração por mulheres e menor tendência a sentirem-se satisfeitos após uma cirurgia de reatribuição sexual. Os homens com Transtorno da Identidade de Gênero que sentem atração sexual por homens tendem a apresentar-se, na adolescência ou início da idade adulta, com uma história de disforia ao longo da vida quanto ao gênero. Em comparação, aqueles que sentem atração sexual ou por mulheres, ou tanto por homens quanto por mulheres ou por nenhum sexo, tendem a apresentar-se mais tarde e têm tipicamente uma história de Fetichismo Transvéstico. Se o Transtorno da Identidade de Gênero está presente na idade adulta, ele tende a um curso crônico, mas há relatos de remissão espontânea.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Identidade de Gênero pode ser diferenciado do simples inconformismo com o comportamento sexual estereotípico pela extensão e caráter invasivo dos desejos, interesses e atividades relativos ao gênero oposto. Este transtorno não pretende descrever o inconformismo de uma criança com o comportamento estereotípico de papel sexual como, por exemplo, em meninas "masculinas" ou no comportamento "maricas" de meninos. Ele representa, outrossim, uma profunda perturbação do sentimento de identidade do indivíduo com relação à masculinidade ou feminilidade. O comportamento infantil que meramente não se ajusta ao estereótipo cultural de masculinidade ou feminilidade não deve receber este diagnóstico, a menos

que a síndrome completa esteja presente, incluindo acentuado sofrimento ou prejuízo. O Fetichismo Transvéstico ocorre em homens heterossexuais (ou bissexuais), cujo comportamento transvéstico serve a finalidades de excitação sexual. Além do transvestismo, a maior parte dos indivíduos com Fetichismo Transvéstico não possui uma história de comportamentos do gênero oposto na infância. Os homens com uma apresentação que satisfaça todos os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero, bem como para Fetichismo Transvéstico, devem receber ambos os diagnósticos. Se a disforia quanto ao gênero está presente em um indivíduo com Fetichismo Transvéstico, mas não são satisfeitos todos os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero, o especificador Com Disforia Quanto ao Gênero pode ser usado. A categoria Transtorno da Identidade de Gênero Sem Outra Especificação pode ser usada para indivíduos com um problema de identidade de gênero com uma condição intersexual congênita concomitante (por ex., síndrome de insensibilidade a andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita). Na Esquizofrenia pode haver, raramente, delírios de pertencer ao sexo oposto. A insistência de uma pessoa com Transtorno da Identidade de Gênero quanto a ser do sexo oposto não é considerada um delírio, porque significa, invariavelmente, que a pessoa se sente como um membro do outro sexo, ao invés de uma crença de ser do sexo oposto. Em casos muito raros, entretanto, podem coexistir a Esquizofrenia e um severo Transtorno da Identidade de Gênero.

#### Critérios Diagnósticos para Transtorno da Identidade de Gênero

A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto
- (2) em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas
- (3) preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto
- (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto
- (5) forte preferência por companheiros do sexo oposto.



Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se frequentemente por alguém do sexo posto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicos do sexo oposto.

B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.

Em crianças, a perturbação manifesta-se por qualquer das seguintes formas: em meninos, afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos ou desaparecerão, declaração de que seria melhor não ter um pênis ou aversão a brincadeiras rudes e rejeição a brinquedos, jogos e atividades estereotipadamente masculinos; em meninas, rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.

C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Codificar com base na idade atual: 302.6 Transtorno da Identidade de Gênero em Crianças 302.85 Transtorno da Identidade de Gênero em Adolescentes ou Adultos

Especificar se (para indivíduos sexualmente maduros): Atração Sexual por Homens  
Atração Sexual por Mulheres  
Atração Sexual por Ambos os Sexos  
Ausência de Atração Sexual por Quaisquer dos Sexos F64

### **F64.9 - 302.6 - Transtorno da Identidade de Gênero Sem Outra Especificação**

Esta categoria é incluída para a codificação de transtornos da identidade de gênero não classificáveis como um Transtorno da Identidade de Gênero específico. Exemplos: 1. Condições intersexuais (por ex., síndrome de insensibilidade a andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) e disforia concomitante quanto ao gênero. 2. Comportamento transvêstico transitório, relacionado ao estresse. 3. Preocupação persistente com castração ou penectomia, sem um desejo de adquirir as características sexuais do gênero oposto.

## **F52.9 - 302.9 - Transtorno Sexual Sem Outra Especificação**

Esta categoria é incluída para a codificação de uma perturbação sexual que não satisfaça os critérios para qualquer transtorno sexual específico, nem seja uma Disfunção Sexual ou uma Parafilia. Exemplos: 1. Acentuados sentimentos de inadequação envolvendo o desempenho sexual ou outros traços relacionados a padrões auto-impostos de masculinidade ou feminilidade. 2. Sofrimento acerca de um padrão de relacionamentos sexuais repetidos, envolvendo uma sucessão de amantes sentidos pelo indivíduo como coisas a serem usadas. 3. Sofrimento persistente e acentuado quanto à orientação sexual.

## **Transtornos do Sono**

Os transtornos do sono são organizados em quatro seções principais, de acordo com a suposta etiologia. Nesta página constam as patologias em azul, as demais estão nas páginas anteriores e posteriores.

- 1 - Transtornos Primários do Sono
  - - Dissonias
- Insônia Primária
- Hipersonia Primária
- Narcolepsia
- Transtorno do Sono Relacionado à Respiração
- Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono
- Dissonia Sem Outra Especificação
- Transtorno de Pesadelo
- Transtorno de Terror Noturno
- Dissonia Sem Outra Especificação
- Transtorno de Sonambulismo
- Parassonia Sem Outra Especificação
  - - Parassonias
- - Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental
- Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental
- Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental
- - Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral
- - Transtorno do Sono Induzido por Substância.

## **F51.4 - 307.46 - Transtorno de Terror Noturno**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Terror Noturno é a ocorrência repetida de terror durante o sono, representada por um despertar abrupto, geralmente começando com um grito de pânico (Critério A). O terror noturno habitualmente inicia durante a primeira terça parte do principal episódio de sono e dura cerca de 1 a 10 minutos. Os episódios são acompanhados por excitação autonômica e manifestações comportamentais de intenso medo (Critério B). Durante um episódio, é difícil despertar ou confortar o indivíduo (Critério C). Se o indivíduo desperta após o terror noturno, nenhum sonho é recordado, ou então existem apenas imagens fragmentadas e isoladas. Ao despertar na manhã seguinte, o indivíduo tem amnésia para o evento (Critério D). Os episódios de terror noturno devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). O Transtorno de Terror Noturno não deve ser diagnosticado se os eventos recorrentes forem decorrência dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério F). O terror noturno também é chamado de "pavor noturno". Durante um episódio típico, o indivíduo senta-se abruptamente na cama gritando, com uma expressão aterrorizada e sinais autonômicos de intensa ansiedade (por ex., taquicardia, respiração rápida, rubor cutâneo, sudorese, dilatação das pupilas, tônus muscular aumentado). O indivíduo geralmente não responde aos esforços dos outros para despertá-lo ou confortá-lo. Se despertado, mostra-se confuso e desorientado por vários minutos e relata um vago sentimento de terror, habitualmente sem conteúdo onírico. Embora imagens oníricas vívidas e fragmentadas possam ocorrer, uma seqüência onírica, tipo estória (como nos pesadelos) não é relatada. Com maior freqüência, o indivíduo não desperta totalmente, mas volta a dormir, tendo amnésia para o episódio ao despertar na manhã seguinte. Alguns indivíduos podem recordar vagamente terem tido um "episódio" na noite anterior, mas não possuem uma recordação detalhada. Em geral, ocorre um episódio por noite, embora ocasionalmente diversos episódios possam ocorrer em intervalos ao longo da noite. Para que o diagnóstico seja feito, o indivíduo deve experimentar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. O embaraço envolvendo os episódios pode prejudicar os relacionamentos sociais. Os indivíduos podem evitar situações nas quais os outros poderiam tomar conhecimento de seu distúrbio, tais como participar de acampamentos, pernoitar em casa de amigos ou dormir com outra pessoa na mesma cama.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O episódio geralmente é acompanhado por gritos, prantos ou vocalizações incoerentes. O indivíduo pode reagir ativamente ao ser tocado ou segurado, ou até mesmo apresentar uma atividade motora mais elaborada (por ex., balançar o corpo, dar socos, levantar-se da cama ou fugir do aposento). Esses comportamentos parecem representar tentativas de autoproteção ou fuga de uma ameaça e podem acarretar lesões corporais. É possível a ocorrência de episódios que incluem simultaneamente aspectos de terror noturno e de sonambulismo. O uso de álcool ou sedativos, privação de sono, perturbações nos horários de sono-vigília, fadiga e estresse físico ou emocional aumentam a probabilidade dos episódios. As crianças com Transtorno de Terror Noturno não têm uma incidência maior de psicopatologia ou transtornos mentais do que a população

geral. A psicopatologia está associada mais provavelmente com Transtorno de Terror Noturno em adultos. O Transtorno de Terror Noturno pode ocorrer, com maior frequência, em indivíduos com transtornos do Eixo I, particularmente Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Transtornos da Personalidade podem ocorrer em pessoas com Transtorno de Terror Noturno, especialmente Transtornos da Personalidade Dependente, Esquizóide e Borderline. Escores elevados para depressão e ansiedade têm sido notados em inventários de personalidade.

#### Achados laboratoriais associados

O terror noturno começa durante o sono NREM profundo, caracterizado por uma atividade EEG de baixa frequência (delta). Esta atividade EEG é mais prevalente durante os estágios 3 e 4 do sono NREM, os quais estão concentrados na primeira terça parte do principal episódio de sono. Portanto, o terror noturno está mais propenso a ocorrer na primeira terça parte da noite. Entretanto, podem ocorrer episódios a qualquer momento durante o sono de ondas lentas, mesmo durante cochilos diurnos. O início dos episódios de terror noturno tipicamente é prenunciado por uma atividade delta de alta voltagem no EEG, um aumento do tônus muscular e um aumento de duas a quatro vezes na frequência cardíaca, comumente para mais de 120 batimentos por minuto. Durante o episódio, a polissonografia pode ser obscurecida pelo artefato de movimentos. Na ausência deste artefato, o EEG tipicamente mostra uma atividade teta ou alfa durante o episódio, indicando um despertar parcial. Os indivíduos com Transtorno de Terror Noturno também podem ter despertares abruptos do sono NREM profundo que não progridem para plenos episódios de terror noturno. Estes episódios podem incluir taquicardia súbita. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Febre e privação do sono podem produzir um aumento na frequência dos episódios de terror noturno.

#### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Não existem relatos oferecendo claras evidências quanto a diferenças relacionadas à cultura nas manifestações do Transtorno de Terror Noturno, embora seja provável que a importância e as causas atribuídas aos episódios de terror noturno possam diferir entre as culturas. Crianças mais velhas e adultos oferecem uma recordação mais detalhada de imagens assustadoras associadas com o terror noturno do que as crianças menores, que tendem a ter amnésia completa ou a relatar apenas um vago sentimento de medo. Entre crianças, o Transtorno de Terror Noturno é mais comum no sexo masculino. Entre os adultos, a proporção entre os sexos é uniforme.

#### Prevalência

Existem poucos dados relativos ao Transtorno de Terror Noturno na população geral. A prevalência dos episódios de terror noturno (opostamente ao Transtorno de Terror Noturno, no qual há recorrência e sofrimento ou prejuízo) foi estimada em torno de 1-6% em crianças, e em menos de 1% em adultos.

## Curso

O Transtorno de Terror Noturno em geral começa em crianças de 4 a 12 anos e resolve-se espontaneamente durante a adolescência. Em adultos, ele inicia com mais frequência entre 20 e 30 anos de idade e comumente segue um curso crônico, com a frequência e a gravidade dos episódios apresentando variação de intensidade ao longo do tempo. A frequência dos episódios varia tanto para a pessoa quanto entre os indivíduos em geral. Os episódios habitualmente ocorrem em intervalos de dias ou semanas, mas podem ocorrer em noites consecutivas.

## Padrão Familiar

Os indivíduos com Transtorno de Terror Noturno frequentemente relatam uma história familiar positiva de terror noturno ou sonambulismo. Alguns estudos indicam um aumento de dez vezes na prevalência do transtorno entre os parentes biológicos em primeiro grau. O modo exato de herança é desconhecido.

## Diagnóstico Diferencial

Muitos indivíduos sofrem de episódios isolados de terror noturno em algum momento de suas vidas. A distinção entre episódios isolados de terror noturno e o Transtorno de Terror Noturno repousa na ocorrência repetida, na intensidade, sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos e potencial para danos a si mesmo ou a outras pessoas. O Transtorno de Terror Noturno deve ser diferenciado de outros transtornos que produzem despertares completos ou parciais à noite ou comportamento incomum durante o sono. Os diagnósticos diferenciais mais importantes para o Transtorno de Terror Noturno incluem Transtorno de Pesadelo, Transtorno de Sonambulismo, outras parassonias (ver Parassonia Sem Outra Especificação), Transtorno do Sono Relacionado à Respiração e convulsões que ocorrem durante o sono. Contrastando com indivíduos com Transtorno de Terror Noturno, os indivíduos com Transtorno de Pesadelo tipicamente despertam fácil e completamente, relatam vívidos sonhos tipo histórias acompanhando os episódios, e tendem a ter episódios mais tarde, no decorrer da noite. O grau de excitação autonômica e de atividade motora não é tão grande quanto no Transtorno de Terror Noturno, e a recordação é mais completa. O terror noturno geralmente ocorre durante o sono de ondas lentas, ao passo que os pesadelos ocorrem durante o sono REM. Os pais de crianças com Transtorno de Terror Noturno podem interpretar erroneamente os relatos de medo e de imagens fragmentadas como pesadelos. O Transtorno de Sonambulismo pode ser difícil de

diferenciar dos casos de Transtorno de Terror Noturno que envolvem uma atividade motora proeminente. Na verdade, os dois transtornos freqüentemente ocorrem juntos, e a história familiar em geral envolve ambos. O caso prototípico de Transtorno de Terror Noturno envolve um predomínio de excitação autonômica e medo, com um grau menor de atividade motora abrupta e desorganizada. Os casos prototípicos de Transtorno de Sonambulismo envolvem pouca excitação autonômica ou medo e um grau maior de atividade motora organizada. As Parassonias Sem Outra Especificação incluem diversas apresentações que podem assemelhar-se ao Transtorno de Terror Noturno. O exemplo mais comum é o "transtorno de comportamento durante o sono REM", que também produz medo subjetivo, atividade motora violenta e potencial para ferimentos. Como ocorre durante o sono REM, ele envolve sonhos vívidos tipo estórias, despertar mais imediato e completo e uma atividade motora que acompanha claramente o conteúdo do sono. A "distonia paroxística noturna" também inclui despertares com atividade motora, mas esta é mais prolongada, mais rítmica e estereotipada e não está associada com relatos subjetivos ou sinais de medo. As alucinações hipnagógicas, vivenciadas esporadicamente por muitos indivíduos de outro modo assintomáticos e mais regularmente por aqueles com Narcolepsia, podem estar associadas com ansiedade. Sua ocorrência no início do sono, imagens vívidas e sensação subjetiva de vigília diferenciam esses episódios do terror noturno. Raramente, um indivíduo com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode ter episódios de despertares associados com medo e pânico que se assemelham àqueles do Transtorno de Terror Noturno. A associação com roncos, obesidade e sintomas respiratórios tais como apnéias, incapacidade de respirar ou episódios de sufocamento distingue o Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Um episódio isolado de terror noturno também pode ocorrer durante o rebote do sono de ondas lentas, que se segue ao tratamento abrupto da síndrome de apnéia obstrutiva do sono (por ex., após terapia de pressão positiva contínua na via área nasal). As convulsões que ocorrem durante o sono podem produzir sensações subjetivas de medo e comportamentos estereotipados, seguidas de confusão e dificuldade para despertar. A maioria das crises noturnas ocorre nas transições sono-vigília, mas podem ocorrer durante o sono de ondas lentas. A presença de incontinência e movimentos tônico-clônicos sugere um transtorno convulsivo, mas as crises do lobo frontal e temporal também podem produzir comportamentos mais complexos. Um EEG freqüentemente revela achados interictais em indivíduos com crises relacionadas ao sono, mas um monitoramento de EEG durante o sono noturno pode ser necessário para o diagnóstico diferencial definitivo. O distúrbio do sono relacionado a convulsões deve ser diagnosticado como Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Parassonia. Os Transtornos do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, outros que não crises relacionadas ao sono, podem, raramente, causar episódios comportamentais incomuns à noite. O início de um comportamento anormal durante o sono em um adulto de meia-idade ou com idade avançada deve levar à consideração de uma lesão craniana fechada ou patologia do sistema nervoso central, como tumor ou infecção. Os episódios de terror noturno também podem ser exacerbados ou induzidos por medicamentos tais como depressores do sistema nervoso central. Se o clínico julgar que os episódios representam um efeito fisiológico direto do consumo de um medicamento ou substância, o transtorno deve ser classificado como Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Parassonia. O Transtorno de Pânico também pode causar despertares súbitos do sono NREM profundo acompanhados de medo, mas estes episódios produzem um despertar rápido e completo, sem a confusão,

a amnésia ou a atividade motora típica do Transtorno de Terror Noturno. Os indivíduos que apresentam Ataques de Pânico durante o sono afirmam que estes sintomas são virtualmente idênticos àqueles que ocorrem durante o dia. A presença de Agorafobia também pode ajudar a diferenciar os dois transtornos. Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono O Transtorno de Terror Noturno é virtualmente idêntico aos Terrores do Sono na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS). Despertares Confusionais, que podem ocorrer como um transtorno independente ou em conjunção com o Transtorno de Terror Noturno, também são descritos na CIDS. Os Despertares Confusionais são caracterizados por breves despertares do sono de ondas lentas com confusão, mas sem terror ou deambulação.

#### Critérios Diagnósticos para F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno

- A. Episódios recorrentes de despertar abrupto, geralmente ocorrendo durante a primeira terça parte do episódio principal de sono e iniciando com um grito de pânico.
- B. Medo intenso e sinais de excitação autonômica, tais como taquicardia, taquipnéia e sudorese durante cada episódio.
- C. Relativa ausência de resposta a esforços de outros para confortar o indivíduo durante o episódio.
- D. Não há recordação detalhada de algum sonho e existe amnésia para o episódio.
- E. Os episódios causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- F. O distúrbio não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

#### **F51.3 - 307.46 - Transtorno de Sonambulismo**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Sonambulismo diz respeito a episódios repetidos de comportamento motor complexo iniciado durante o sono, incluindo levantar-se da cama e deambular. Os episódios de sonambulismo começam durante o sono de ondas lentas e, portanto, ocorrem com maior frequência durante a primeira terça parte da noite (Critério A). Durante os episódios, o indivíduo apresenta uma redução do estado de alerta e da responsividade, um olhar vazio e uma relativa ausência de resposta à comunicação com outros ou esforços destes para despertá-lo (Critério B). Se despertado durante o episódio (ou ao despertar na manhã seguinte), o

indivíduo tem uma recordação limitada dos eventos do episódio (Critério C). Após o episódio pode haver, inicialmente, um breve período de confusão ou dificuldade para orientar-se, seguido de uma plena recuperação do funcionamento cognitivo e de um comportamento adequado (Critério D). O sonambulismo deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). O Transtorno de Sonambulismo não deve ser diagnosticado se o comportamento se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério F). Os episódios de sonambulismo podem incluir uma variedade de comportamentos. Nos episódios leves (ocasionalmente chamados de "despertares confusionais"), o indivíduo pode simplesmente se sentar na cama, olhar em volta ou remexer no cobertor ou no lençol. Mais tipicamente, o indivíduo de fato se levanta da cama, podendo ir ao banheiro, sair do quarto, subir ou descer escadas e mesmo sair do prédio. Os indivíduos podem usar o banheiro, comer e falar durante os episódios. Corridas e tentativas frenéticas de escapar de alguma aparente ameaça também podem ocorrer. A maior parte dos comportamentos durante os episódios de sonambulismo são rotinas de baixa complexidade. Entretanto, casos de destrancar portas e até mesmo operar equipamentos têm sido relatados. Particularmente na infância, o sonambulismo também pode incluir um comportamento inadequado (por ex., urinar em um armário). A maior parte dos episódios dura de alguns minutos a meia hora. Os episódios de sonambulismo podem terminar em despertares espontâneos seguidos de um breve período de confusão, ou o indivíduo pode voltar para a cama e continuar dormindo até de manhã. Não raro, pode despertar na manhã seguinte em outro local, ou com evidências de ter realizado alguma atividade durante a noite, mas com completa amnésia para o evento. Alguns episódios podem ser seguidos por vaga recordação de imagens oníricas fragmentadas, mas não, habitualmente, por sonhos típicos tipo histórias. Durante os episódios de sonambulismo, os indivíduos podem falar ou até mesmo responder a perguntas. Entretanto, sua articulação é fraca e um verdadeiro diálogo é raro. Os indivíduos podem responder às solicitações de outros para cessarem suas atividades e voltarem para a cama. Entretanto, esses comportamentos são executados com níveis reduzidos de alerta, e despertar um indivíduo de um episódio de sonambulismo tipicamente é muito difícil. Se despertado, o indivíduo permanece confuso por vários minutos e depois retorna a um estado normal de vigília. Para que o diagnóstico seja feito, o indivíduo deve experimentar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. Os indivíduos podem evitar situações que revelariam seu comportamento a outras pessoas (por ex., crianças podem evitar pernoitar na casa de amigos ou em acampamentos; adultos podem evitar dormir com um parceiro, sair de férias ou permanecer afastados de casa). Como consequência, pode ocorrer isolamento social ou dificuldades no trabalho.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Estímulos internos (por ex., bexiga distendida) ou externos (por ex., ruídos) podem aumentar a probabilidade de um episódio de sonambulismo, assim como estressores psicossociais e o uso de álcool ou sedativos. Alguns indivíduos com sonambulismo também relatam episódios de ingestão alimentar durante a noite, mais freqüentemente com amnésia



completa ou parcial. Eles podem descobrir evidências de que comeram algo apenas na manhã seguinte. Os indivíduos podem ferir-se durante os episódios de sonambulismo, esbarrando em objetos, caminhando em escadas, saindo de casa ou mesmo saltando de janelas. O risco de ferir-se aumenta ainda mais se os episódios também incluem aspectos de terror noturno, com conseqüente fuga ou revide a imagens assustadoras. Os indivíduos com Transtorno de Sonambulismo e Transtorno de Terror Noturno também podem ferir outras pessoas durante os episódios. Outras parassonias associadas com o sono NREM (por ex., Transtorno de Terror Noturno) também podem ocorrer em indivíduos com Transtorno de Sonambulismo. O Transtorno de Sonambulismo em crianças geralmente não está associado com outros transtornos mentais, mas em adultos pode haver uma associação com Transtornos da Personalidade, Transtornos do Humor ou Transtornos de Ansiedade.

### Achados laboratoriais associados

A polissonografia, utilizando procedimentos de rotina acrescidos de monitoramento audiovisual, pode documentar episódios de sonambulismo. Os episódios começam nas primeiras horas de sono, durante o sono profundo (habitualmente estágio 3 ou 4 NREM). Alguns indivíduos (por ex., adultos mais velhos) podem ter episódios durante o estágio 2 do sono NREM. Antes do episódio, o EEG frequentemente mostra uma atividade rítmica delta de alta voltagem ("hipersincronica") que persiste durante o despertar. Sinais de EEG de alerta, tais como atividade alfa, também podem aparecer no início do episódio. Com maior freqüência, o EEG é obscurecido por um artefato de movimentos durante o episódio real. As freqüências cardíaca e respiratória podem aumentar no começo do episódio. Estes achados podem ocorrer com um episódio completo de sonambulismo, ou com um evento comportamental mais leve (tal como um despertar confusional). Outros achados polissonográficos podem incluir um número aumentado de transições para fora dos estágios de sono 3 e 4 e uma eficiência reduzida do sono. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas Febre e privação do sono podem aumentar a freqüência dos episódios de sonambulismo. A síndrome de apnéia obstrutiva do sono e outros transtornos que perturbam severamente o sono de ondas lentas podem estar associados com episódios de sonambulismo. Uma associação entre enxaquecas e Transtorno de Sonambulismo foi observada.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Não há relatos que ofereçam claras evidências de diferenças relativas à cultura nas manifestações do Transtorno de Sonambulismo, mas é provável que a importância e as causas atribuídas ao sonambulismo sejam diferentes entre as várias culturas. A ocorrência de atividade violenta durante os episódios de sonambulismo é mais provável em adultos. O Transtorno de Sonambulismo ocorre com igual freqüência em ambos os sexos.

## Prevalência

Dez a 30% das crianças já tiveram pelo menos um episódio de sonambulismo, mas a prevalência do Transtorno de Sonambulismo (marcado por episódios repetidos e prejuízo ou sofrimento) é muito menor, provavelmente na faixa de 1-5%. Estudos epidemiológicos relatam uma prevalência de 1,0 a 7,0% para episódios de sonambulismo (não de Transtorno de Sonambulismo) em adultos.

## Curso

O Transtorno de Sonambulismo pode ocorrer a qualquer momento, depois que uma criança aprendeu a caminhar, mas os episódios ocorrem com maior frequência, pela primeira vez, entre 4 e 8 anos de idade. A prevalência máxima ocorre por volta dos 12 anos. Os episódios raramente iniciam de forma inédita em indivíduos adultos. O início do Transtorno de Sonambulismo em adultos deve levar a uma investigação de etiologias específicas, tais como uso de substâncias ou uma condição neurológica. O sonambulismo na infância em geral desaparece espontaneamente durante o início da adolescência, tipicamente em torno dos 15 anos. Com menor frequência, os episódios podem ter um curso recorrente, com retorno dos episódios no início da idade adulta, após a cessação dos episódios ao final da infância. O Transtorno de Sonambulismo em adultos segue, mais frequentemente, um curso crônico, com altos e baixos. Os episódios de sonambulismo podem ocorrer como eventos isolados em indivíduos de qualquer idade, mas o padrão mais comum consiste de episódios repetidos ocorrendo ao longo de vários anos.

## Padrão Familiar

O Transtorno de Sonambulismo agrega-se entre os membros da família. Uma história familiar de sonambulismo ou terror noturno tem sido relatada em até 80% dos indivíduos com sonambulismo. Aproximadamente 10-20% dos indivíduos com sonambulismo têm um parente biológico em primeiro grau que também apresenta episódios de sonambulismo. O risco é ainda maior (até 60% dos filhos), quando ambos os pais têm uma história do transtorno. Uma transmissão genética foi sugerida, mas o modo exato de herança é desconhecido.

## Diagnóstico Diferencial

Muitas crianças têm episódios isolados ou infrequentes de sonambulismo, com ou sem eventos precipitadores. O limite exato entre episódios de sonambulismo sem importância clínica e o Transtorno de Sonambulismo é pouco claro. Episódios frequentes, ferimentos, um comportamento mais violento ou ativo e um prejuízo social decorrente do sonambulismo tendem a levar os pais da criança a buscar auxílio e indicam um diagnóstico de Transtorno de Sonambulismo. Os episódios que persistem

da infância ao final da adolescência ou que ocorrem de uma forma inédita em adulto, estão mais propensos a indicar um diagnóstico de Transtorno de Sonambulismo. Pode ser difícil distinguir o Transtorno de Sonambulismo do Transtorno de Terror Noturno, quando existe uma tentativa de "escapar" do estímulo amedrontador. Em ambos os casos, o indivíduo apresenta movimentos, dificuldade para despertar e amnésia para o evento. Um grito inicial, sinais de medo e pânico intenso e excitação autonômica são mais característicos do Transtorno de Terror Noturno. O Transtorno de Sonambulismo e o Transtorno de Terror Noturno podem ocorrer no mesmo indivíduo e, nesses casos, ambos devem ser diagnosticados. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, especialmente a síndrome de apnéia obstrutiva do sono, também pode produzir despertares confusionais com amnésia subsequente. Entretanto, o Transtorno do Sono Relacionado à Respiração também se distingue por sintomas característicos de roncos, pausas respiratórias e sonolência diurna. Em alguns indivíduos, o Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode precipitar episódios de sonambulismo. O "transtorno de comportamento durante o sono REM" é outra Parassonia (ver Parassonia Sem Outra Especificação) que pode ser difícil de diferenciar do Transtorno de Sonambulismo. O transtorno de comportamento durante o sono REM caracteriza-se por episódios de movimentos complexos proeminentes, freqüentemente envolvendo ferimentos pessoais. Em contraste com o Transtorno de Sonambulismo, o transtorno de comportamento do sono REM ocorre durante o sono REM, freqüentemente na última parte da noite. Os indivíduos despertam com facilidade e relatam um conteúdo onírico que combina com seu comportamento. Uma variedade de outros comportamentos pode ocorrer com despertares parciais. Os despertares confusionais assemelham-se a episódios de sonambulismo em todos os aspectos, exceto pelo movimento real de sair da cama. A "embriaguez do sono" é um estado no qual o indivíduo apresenta uma transição prolongada do sono para a vigília, pela manhã. Pode ser difícil despertar o indivíduo, que resiste violentamente aos esforços para acordá-lo. Novamente, a deambulação ou outros comportamentos mais complexos distinguem o Transtorno de Sonambulismo. Entretanto, tanto os despertares confusionais quanto a embriaguez do sono podem ocorrer em indivíduos com Transtorno de Sonambulismo. A epilepsia relacionada ao sono pode produzir episódios de comportamento incomum, que ocorre apenas durante o sono. O indivíduo é incapaz de responder e apresenta amnésia para o episódio. Tipicamente, a epilepsia relacionada ao sono produz movimentos mais estereotipados, mais perseverantes e de menor complexidade do que os que ocorrem no sonambulismo. Na maioria dos casos, os indivíduos com epilepsia relacionada ao sono também têm episódios similares durante a vigília. O EEG mostra aspectos de epilepsia, incluindo atividade paroxística durante os episódios e características interictais em outros momentos. Entretanto, a presença de crises relacionadas ao sono não exclui a presença de episódios de sonambulismo. A epilepsia relacionada ao sono deve ser diagnosticada como Transtorno do Sono Devido à Epilepsia, Tipo Parassonia. O sonambulismo pode ser induzido por substâncias ou medicamentos (por ex., antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hidrato de cloral). Nesses casos, aplica-se o diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Parassonia. A Fuga Dissociativa apresenta semelhanças superficiais com o Transtorno de Sonambulismo. A Fuga é rara em crianças, começa tipicamente quando o indivíduo está desperto, dura de horas a dias e não se caracteriza por perturbações da consciência. Embora os indivíduos possam fingir sonambulismo como parte da Simulação, é difícil simular a aparência ou o comportamento sonâmbulo sob observação direta. Relacionamento com Classificação

Internacional de Distúrbios do Sono O Transtorno de Sonambulismo é virtualmente idêntico ao Sonambulismo, tal como é descrito na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS). A CIDS inclui dois outros transtornos que podem ter aspectos similares ao sonambulismo: Despertares Confusionais e Síndrome de Consumo Alimentar (ou de Líquidos) Noturno.

#### Critérios Diagnósticos para F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

A. Episódios repetidos de levantar da cama e deambular durante o sono, geralmente ocorrendo durante a primeira terça parte do principal episódio de sono.

B. Durante o episódio de sonambulismo, o indivíduo apresenta uma expressão facial vazia e fixa, praticamente não responde aos esforços de outros para comunicarem-se com ele e pode ser despertado apenas com grande dificuldade.

C. Ao despertar (do episódio de sonambulismo ou na manhã seguinte), o indivíduo tem amnésia para o episódio.

D. Alguns minutos após despertar do episódio de sonambulismo, não mais existe prejuízo da atividade mental ou do comportamento (embora possa haver, inicialmente, um curto período de confusão ou desorientação).

E. O sonambulismo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F. O distúrbio não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

#### **F51.8 - 307.47 - Parassonia Sem Outra Especificação**

A categoria Parassonia Sem Outra Especificação serve para perturbações caracterizadas por um comportamento ou eventos fisiológicos anormais durante o sono ou transições do sono para a vigília, que, no entanto, não satisfazem os critérios para uma Parassonia mais específica. Exemplos:

1. Transtorno de comportamento durante o sono REM: atividade motora, freqüentemente de natureza violenta, que surge durante o sono REM. À diferença do sonambulismo, esses episódios tendem a ocorrer mais tarde durante a noite e estão associados com uma vívida recordação de sonhos.

2. Paralisia do sono: incapacidade para executar movimentos voluntários durante a transição entre a vigília e o sono. Os episódios podem ocorrer no início do sono (hipnagógicos) ou com o despertar (hipnopômnicos). Os episódios geralmente estão

associados com extrema ansiedade e, em alguns casos, medo de morte iminente. A paralisia do sono ocorre habitualmente como sintoma adicional da Narcolepsia e, nesses casos, não deve ser codificada separadamente.

3. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de uma Parassonia, mas é incapaz de determinar se esta é primária, devido a uma condição médica geral ou induzida por uma substância. Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental

### **F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental.**

#### **F51.1 - 307.44 - Hipersonia Relacion. a Outro Transt. Mental**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial da Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental e da Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental é a presença de insônia ou hipersonia considerada temporal e causalmente relacionada a outro transtorno mental. A Insônia ou Hipersonia diretamente decorrentes de uma substância não são incluídas aqui, sendo diagnosticadas como Transtorno do Sono Induzido por Substâncias. A Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental é caracterizada por uma queixa de dificuldade para adormecer, freqüentes despertares durante a noite ou uma sensação acentuada de sono não reparador que dura pelo menos 1 mês e está associada com fadiga diurna ou funcionamento diurno prejudicado (Critério A). A Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental é caracterizada por uma queixa de sono noturno prolongado ou episódios repetidos de sono durante o dia por pelo menos 1 mês (Critério A). Tanto na Insônia quanto na Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental, os sintomas de sono causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). A insônia ou a hipersonia não são melhor explicadas por outro Transtorno do Sono (por ex., Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração ou Parassonia), e a hipersonia não é melhor explicada por uma quantidade de sono inadequada (Critério D). O distúrbio do sono não deve ser decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério E). Os distúrbios do sono são aspectos comuns de outros transtornos mentais. Um diagnóstico adicional de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental só é feito quando o distúrbio do sono é uma queixa predominante, suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente (Critério C). Os indivíduos com este tipo de insônia ou hipersonia geralmente focalizam seu distúrbio do sono, excluindo os sintomas característicos do transtorno mental relacionado, cuja presença pode tornar-se perceptível apenas depois de um questionamento específico e persistente. Não raro, eles atribuem seus sintomas de transtorno mental ao fato de terem dormido mal. Muitos transtornos mentais podem, ocasionalmente, envolver insônia ou hipersonia como problemas predominantes. Os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior freqüentemente se queixam de dificuldade para conciliar ou manter o sono ou de um despertar nas primeiras horas da manhã, com incapacidade de voltar a dormir. A Hipersonia Relacionada ao Transtorno

do Humor está associada, mais frequentemente, com Transtorno do Humor Bipolar, Episódio Mais Recente Depressivo, ou com um Episódio Depressivo Maior Com Características Atípicas. Os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada frequentemente relatam dificuldade para conciliar o sono, podendo despertar com ruminções ansiosas no meio da noite. Alguns indivíduos com Transtorno de Pânico têm Ataques de Pânico durante a noite, que podem levar à insônia. Uma insônia significativa frequentemente é vista durante exacerbações da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, mas raramente é a queixa principal. Outros transtornos mentais que podem estar relacionados à insônia incluem Transtornos de Ajustamento, Transtornos Somatoformes e Transtornos da Personalidade.

### Procedimentos de Registro

O nome do diagnóstico no Eixo I começa com o tipo de distúrbio do sono (insônia ou hipersonia), seguido pelo nome do transtorno específico do Eixo I ou do Eixo II ao qual está relacionado (por ex., 307.42 Insônia relacionada a Transtorno Depressivo Maior). O transtorno mental relacionado deve também ser codificado no Eixo I ou no Eixo II, conforme for adequado.

### Achados laboratoriais associados

Os achados polissonográficos característicos (mas não diagnósticos) no Episódio Depressivo Maior incluem:

- 1) perturbação da continuidade do sono, na forma de latência de sono prolongada, aumento da vigília intermitente e despertar nas primeiras horas da manhã;
- 2) redução dos estágios 3 e 4 do sono NREM, com um afastamento da atividade de ondas lentas a partir do primeiro período NREM;
- 3) latência diminuída do sono REM (isto é, menor duração do primeiro período NREM);
- 4) maior densidade REM (isto é, número de movimentos oculares durante o sono REM) e
- 5) maior duração do sono REM no início da noite. Um sono com anormalidades pode ser encontrado em 40-60% dos pacientes ambulatoriais e em até 90% dos pacientes internados com um Episódio Depressivo Maior. Evidências sugerem que a maior parte dessas anormalidades persiste após a remissão clínica e que podem preceder o começo do primeiro Episódio Depressivo Maior. Os achados polissonográficos nos Episódios Maníacos são similares àqueles encontrados nos Episódios Depressivos Maiores. Na Esquizofrenia, o sono REM mostra-se diminuído no começo do curso de uma exacerbação aguda, com um retorno gradual a valores normais com a melhora do estado clínico. A latência REM pode estar reduzida. O tempo total de sono com

freqüência está severamente diminuído na Esquizofrenia, e o sono de ondas lentas tipicamente está reduzido durante as exacerbações. Os indivíduos com Transtorno de Pânico podem ter despertares paroxísticos ao ingressarem nos estágios 3 e 4 do sono NREM; esses despertares são acompanhados de taquicardia, aumento da freqüência respiratória e sintomas cognitivos e emocionais com Ataques de Pânico. A maior parte dos outros transtornos mentais produz padrões inespecíficos de distúrbios do sono (por ex., prolongamento da latência do sono ou despertares freqüentes).

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Os indivíduos com Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental podem parecer cansados, exaustos ou tresnoitados durante o exame de rotina. As condições médicas gerais associadas a esses Transtornos do Sono são as mesmas associadas com o transtorno mental básico.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Em algumas culturas, as queixas relativas ao sono podem ser relativamente menos estigmatizantes do que os transtornos mentais. Portanto, os indivíduos de alguns contextos culturais podem estar mais propensos a apresentarem-se com queixas de insônia ou hipersonia, ao invés de outros sintomas (por ex., depressão, ansiedade). Crianças e adolescentes com Transtorno Depressivo Maior geralmente apresentam menor perturbação subjetiva e menos alterações polissonográficas do que adultos mais velhos. Em geral, a hipersonia é um aspecto mais comum dos Transtornos Depressivos em adolescentes e adultos jovens, ao passo que a insônia é mais comum em adultos mais velhos. Os Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental são mais prevalentes em mulheres do que em homens, o que provavelmente se relaciona com a maior prevalência dos Transtornos do Humor e de Ansiedade em mulheres, mais do que a qualquer diferença particular na suscetibilidade a problemas de sono.

### Prevalência

Problemas com o sono são extremamente comuns em todos os tipos de transtornos mentais, mas não existem estimativas precisas da porcentagem de indivíduos que se apresentam primariamente por causa de um distúrbio do sono. Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental é o diagnóstico mais freqüente (35-50%) entre os indivíduos que se apresentam em centros para transtornos do sono, para avaliação de insônia crônica. Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental é um diagnóstico muito menos freqüente (menos de 5%) entre os indivíduos avaliados para hipersonia em centros para transtornos do sono.

## Curso

O curso dos Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental geralmente segue o curso do próprio transtorno mental básico. O distúrbio do sono pode ser um dos primeiros sintomas em indivíduos que depois desenvolvem um transtorno mental associado. Os sintomas de insônia ou hipersonia em geral flutuam consideravelmente com o tempo. Em muitos indivíduos com depressão, particularmente aqueles tratados com medicamentos, o distúrbio do sono pode melhorar rapidamente, com frequência antes de outros sintomas do transtorno mental básico. Por outro lado, outros indivíduos têm insônia persistente ou intermitente mesmo após a remissão dos demais sintomas de seu Transtorno Depressivo Maior. Os indivíduos com Transtorno Bipolar com frequência têm sintomas definidos relacionados ao sono, dependendo da natureza do episódio atual. Durante Episódios Maníacos, os indivíduos experimentam hipossonia, embora raramente se queixem de sua incapacidade de dormir. Por outro lado, esses indivíduos podem ter um acentuado sofrimento por hipersonia, durante Episódios Depressivos Maiores. O sono dos indivíduos com Transtornos Psicóticos em geral piora consideravelmente no início do curso de uma exacerbação aguda, mas depois ocorre uma melhora com o esbatimento dos sintomas psicóticos.

## Diagnóstico Diferencial

A Insônia ou a Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental não devem ser diagnosticadas em qualquer indivíduo com um transtorno mental que também tenha sintomas relacionados ao sono. Um diagnóstico de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental só deve ser feito quando os sintomas de sono são severos e representam um foco independente de atenção clínica. Nenhum diagnóstico independente de transtorno do sono é indicado para a maioria dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior que relatam dificuldades para conciliar ou manter o sono durante a noite. Entretanto, se a queixa principal do indivíduo é de distúrbio do sono ou se a insônia é desproporcional em relação aos demais sintomas, então pode ser indicado um diagnóstico adicional de Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental. A diferenciação entre Insônia Primária ou Hipersonia Primária e Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental pode ser especialmente difícil em indivíduos que apresentam tanto um distúrbio do sono clinicamente significativo quanto outros sintomas de um transtorno mental. O diagnóstico de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental fundamenta-se em três julgamentos. Em primeiro lugar, a insônia ou hipersonia deve ser considerada atribuível ao transtorno mental (por ex., a insônia ou hipersonia ocorre exclusivamente durante o transtorno mental). Em segundo lugar, a insônia ou hipersonia deve ser a queixa predominante e ser suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente. Em terceiro lugar, a apresentação sintomática deve satisfazer todos os critérios para um outro transtorno mental. Um diagnóstico de Insônia Primária ou Hipersonia Primária aplica-se quando (como frequentemente ocorre) a insônia ou a hipersonia é acompanhada de sintomas (por ex., ansiedade, humor deprimido) que não satisfazem os critérios para um transtorno mental específico. Um diagnóstico de Insônia Primária também se aplica a indivíduos com insônia crônica que posteriormente desenvolvem um Transtorno do



Humor ou um Transtorno de Ansiedade. Se os sintomas de insônia ou hipersonia persistem muito depois que os demais sintomas do outro transtorno mental apresentaram remissão completa, o diagnóstico deve ser mudado de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental para Insônia Primária ou Hipersonia Primária. O diagnóstico de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental não é feito se a apresentação é melhor explicada por outro Transtorno do Sono (por ex., Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração ou Parassonia). A Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental deve ser diferenciada de um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral quando o distúrbio do sono é considerado consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., feocromocitoma, hipertireoidismo). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico, para uma discussão adicional). Um [566]Transtorno do Sono Induzido por Substância é distinguido da Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental pelo fato de que uma substância (isto é, droga de abuso, medicamento) supostamente está, em termos etiológicos, relacionada com o distúrbio do sono, para uma discussão adicional). Por exemplo, a insônia que ocorre apenas no contexto de pesado consumo de café seria diagnosticada como Transtorno do Sono Induzido por Cafeína, Tipo Insônia. Os Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental devem ser diferenciados de padrões normais de sono, bem como de outros Transtornos do Sono. Embora queixas de insônia ou hipersonia ocasional sejam comuns na população geral, elas geralmente não são acompanhadas de outros sinais e sintomas de transtorno mental. Distúrbios temporários do sono são reações comuns a acontecimentos estressantes da vida e geralmente não indicam um diagnóstico. Um diagnóstico separado de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Transtorno de Ajustamento deve ser considerado apenas quando o distúrbio no sono é particularmente severo e prolongado. Relacionado com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS) inclui diagnósticos análogos para Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental e relaciona especificamente Psicoses, Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Pânico e Alcoolismo..

Critérios Diagnósticos para F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a...

[Indicar o transtorno do Eixo I ou Eixo II]

A. A queixa predominante é de dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono não reparador, por pelo menos 1 mês, associada com fadiga ou funcionamento prejudicado durante o dia.

B. O distúrbio do sono (ou seqüelas diurnas) causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Considera-se que a insônia esteja relacionada a outro transtorno do Eixo I ou do Eixo II (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ajustamento com Ansiedade), mas é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

D. O distúrbio não é melhor explicado por outro Transtorno do Sono (por ex., Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Parassonia).

E. O distúrbio não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

#### Critérios Diagnósticos para F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a...

[Indicar o transtorno do Eixo I ou Eixo II]

A. A queixa predominante é de sonolência excessiva por pelo menos 1 mês, evidenciada por episódios prolongados de sono ou episódios de sono diurno que ocorrem quase que diariamente.

B. A sonolência excessiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Considera-se que a hipersonia esteja relacionada a outro transtorno do Eixo I ou do Eixo II (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico), mas é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

D. O distúrbio não é melhor explicado por outro Transtorno do Sono (por ex., Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Parassonia) ou por uma quantidade inadequada de sono.

E. O distúrbio não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

#### **G47.x - 780.xx Transt. Sono Devido a Condição Médica Geral**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral é um distúrbio proeminente no sono suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente (Critério A) e devido a uma condição médica geral. Os sintomas podem incluir insônia, hipersonia, uma Parassonia ou alguma combinação destas condições. Deve haver evidências a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que o distúrbio do sono é consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, como Transtorno de Ajustamento, no qual o estressor é representado

por uma condição médica geral grave (Critério C). O diagnóstico não é feito se o distúrbio do sono ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium (Critério D). Por convenção, os distúrbios do sono decorrentes de um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração (por ex., apnéia do sono) ou Narcolepsia não são incluídos nesta categoria (critério E). Os sintomas relacionados ao sono devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F). Ao determinar se o distúrbio do sono se deve a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, constatar a presença desta condição. Além disso, deve certificar-se de que o distúrbio do sono está etiologicamente relacionado à condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação atenta e abrangente de múltiplos fatores é necessária para este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar o caráter etiológico do relacionamento entre a perturbação do sono e a condição médica geral, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre o início, a exacerbação ou remissão da condição médica geral e o distúrbio do sono. Uma segunda consideração é a presença de características atípicas de Transtornos primários do Sono (por ex., idade de início ou curso atípicos ou ausência de história familiar). Evidências da literatura sugerindo a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de um distúrbio do sono podem oferecer um contexto útil na avaliação de determinada situação. Além disso, o clínico deve também julgar que o distúrbio não é melhor explicado por um Transtorno do Sono primário, um Transtorno do Sono Induzido por Substância, ou por outros transtornos mentais primários (por ex., Transtorno de Ajustamento). Esta determinação é explicada em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral".

## Subtipos

Os subtipos relacionados abaixo podem ser usados para indicar a apresentação sintomática predominante. O quadro clínico do Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral específico pode assemelhar-se ao do Transtorno do Sono primário análogo. Entretanto, nem todos os critérios para o Transtorno do Sono primário análogo precisam ser satisfeitos para fazer um diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral.

G47.0 - Tipo Insônia. Este subtipo refere-se a uma queixa caracterizada principalmente por dificuldade em conciliar ou manter o sono ou uma sensação de que o sono não é reparador.

G47.1 - Tipo Hipersonia. Este subtipo é usado quando a queixa predominante é de sono noturno excessivamente prolongado ou sonolência excessiva durante as horas de vigília.

G47.8 - Tipo Parassonia. Este subtipo refere-se a um distúrbio do sono caracterizado principalmente por eventos comportamentais anormais que ocorrem em associação com o sono ou transições do sono.

G47.8 - Tipo Misto. Este subtipo deve ser usado para designar um problema de sono devido a uma condição médica geral, caracterizado por múltiplos sintomas do sono, sem predomínio nítido de nenhum deles.

## Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar, no Eixo I, a fenomenologia específica do distúrbio, incluindo o subtipo apropriado e a condição médica geral específica supostamente causadora do distúrbio (por ex., 780.52 Transtorno do Sono Devido à Tirotoxicose, Tipo Insônia). O código da CID-9-MC para a condição médica geral também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 242.9 tirotoxicose) (ver Apêndice G, para uma lista de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

## Características e Transtornos Associados

Achados laboratoriais associados. Os achados laboratoriais são consistentes com a condição médica geral básica. Não existem achados polissonográficos específicos a todo o grupo de Transtornos do Sono Devido a uma Condição Médica Geral. A maioria das condições médicas gerais causa uma redução da duração total do sono, um aumento dos despertares, uma diminuição do sono de ondas lentas e (menos consistentemente) uma redução do sono REM ou da densidade REM. Algumas condições médicas produzem achados polissonográficos mais específicos. Por exemplo, os indivíduos com síndrome de fibromialgia apresentam queixas de sono não reparador e com frequência têm um padrão distinto de atividade EEG alfa durante o sono NREM. As convulsões relacionadas ao sono resultam em descargas EEG específicas, consistentes com o tipo de crise subjacente.

## Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

Os indivíduos com Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral têm, previsivelmente, os mesmos achados físicos típicos da condição médica geral básica. Os distúrbios do sono podem decorrer de uma variedade de condições médicas e neurológicas, incluindo (mas não se limitando a) doenças neurológicas degenerativas (por ex., doença de Parkinson, doença de Huntington), doença cerebrovascular (por ex., insônia após lesões vasculares do tronco cerebral superior), condições endócrinas (por ex., hipo e hipertireoidismo, hipo e hiperadrenocorticismos), infecções virais e bacterianas (por ex., hipersonia relacionada à encefalite viral), tosse relacionada a doenças pulmonares outras que não condições respiratórias relacionadas ao sono (por ex., bronquite crônica) e dor por doença músculo-esquelética (por ex., artrite reumatóide, fibromialgia).

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciado de perturbações esperadas nos padrões de sono, Transtornos primários do Sono, Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental e Transtornos do Sono Induzidos por Substâncias. Muitos indivíduos experimentam uma perturbação do sono durante o curso de uma condição médica geral ou neurológica. Na maioria dos casos, essas queixas não merecem um diagnóstico adicional de Transtorno do Sono. Um diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral deve ser reservado para os casos nos quais o distúrbio do sono é um aspecto clínico muito proeminente, sintomas atípicos estão presentes, ou o sintoma causa sofrimento ou prejuízo que exige tratamento para este o distúrbio. Os Transtornos do Sono Devido a uma Condição Médica Geral caracterizam-se por sintomas similares àqueles de Transtornos primários do Sono. O diagnóstico diferencial repousa não nos sintomas específicos, mas na presença ou ausência de uma condição médica considerada etiologicamente relacionada à queixa quanto ao sono. Nos casos específicos de Narcolepsia e Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, presume-se que a etiologia básica do distúrbio do sono seja uma condição médica geral. Entretanto, nesses dois exemplos específicos, a condição médica geral não existe independentemente dos sintomas de sono, razão pela qual esses dois transtornos são incluídos na seção "Transtornos Primários do Sono". A diferenciação entre um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e um Transtorno do Sono Induzido por Substância pode ser muito difícil. Em muitos casos, os indivíduos com uma condição médica geral significativa frequentemente tomam medicamentos para esta condição; esses medicamentos, por sua vez, podem causar sintomas relacionados ao sono. Por exemplo, um indivíduo pode ter uma perturbação do sono relacionada à asma. Entretanto, este indivíduo pode ser tratado com preparações de teofilina, que em alguns casos podem causar distúrbios do sono. A diferenciação entre um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e um Transtorno do Sono Induzido por Substância frequentemente repousa na cronologia, resposta ao tratamento ou descontinuação de medicamentos e curso longitudinal. Em alguns casos, podem ser apropriados os diagnósticos concomitantes de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância. Em casos nos quais existe a suspeita de que uma droga de abuso é a causa para o Transtorno do Sono, um exame de urina ou de sangue pode ajudar a diferenciar este problema de um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral. Se o clínico não conseguir determinar se o distúrbio do sono é primário, relacionado a outro transtorno mental, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância, então se aplica o diagnóstico de Dissonia ou Parassonia Sem Outra Especificação. Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS) contém a seção geral "Transtornos Médico/Psiquiátricos do Sono". Diagnósticos específicos são apresentados para Transtornos do Sono associados com transtornos neurológicos (apresentando 7 exemplos). Embora apenas 14 transtornos médico/neurológicos sejam especificamente arrolados na CIDS, o clínico pode diagnosticar um Transtorno do Sono associado com qualquer outro transtorno médico simplesmente utilizando os códigos apropriados da CID-9-MC.

## Critérios Diagnósticos para G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a...

[Indicar a Condição Médica Geral]

- A. Um distúrbio proeminente do sono suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente.
- B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que o distúrbio do sono é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- C. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento no qual o estressor é representado por uma doença médica grave).
- D. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.
- E. O distúrbio não satisfaz os critérios para Transtorno do Sono Relacionado à Respiração ou Narcolepsia.
- F. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar tipo:

- .0 - .52 Tipo Insônia: se o distúrbio do sono predominante é insônia.
- .1 - .54 Tipo Hipersonia: se o distúrbio do sono predominante é hipersonia.
- .8 - .59 Tipo Parassonia: se o distúrbio do sono predominante é uma parassonia.
- .8 - .59 Tipo Misto: se mais de um distúrbio do sono está presente, sem predomínio de nenhum deles.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I (por ex., 780.52 Transtorno Devido à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Tipo Insônia; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).

### **Transtorno do Sono Induzido por Substância**

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Sono Induzido por Substância é um distúrbio do sono proeminente suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente (Critério A) e considerado decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de

uma substância (isto é, droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) (Critério B). Dependendo da substância envolvida, um dentre quatro tipos de distúrbio do sono pode ser anotado. Os Tipos Insônia e Hipersonia são os mais comuns, sendo o Tipo Parassonia visto com menor frequência. Um Tipo Misto também pode ser anotado quando mais de um tipo de distúrbio do sono estiver presente, sem predomínio de nenhum deles. O distúrbio não deve ser melhor explicado por um transtorno mental (por ex., outro Transtorno do Sono) não induzido por substância (Critério C). O diagnóstico não é feito se o distúrbio do sono ocorre apenas durante o curso de um delírium (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Este diagnóstico somente deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente. Um Transtorno do Sono Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno Primário do Sono e de uma Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental pela consideração do início e do curso. Para drogas de abuso, deve haver evidências de intoxicação ou abstinência, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais. O Transtorno do Sono Induzido por Substância surge apenas em associação com estados de intoxicação ou abstinência, ao passo que os Transtornos primários do Sono podem preceder o início do uso da substância ou ocorrer durante períodos de abstinência prolongada. Uma vez que o estado de abstinência de algumas substâncias (por ex., alguns benzodiazepínicos) pode ser relativamente prolongado, o início do distúrbio do sono pode ocorrer até 4 semanas após a cessação do uso da substância. Outro aspecto a ser considerado é a presença de características atípicas de Transtornos primários do Sono (por ex., idade de início ou curso atípicos). Em contraste, os fatores que sugerem que o distúrbio do sono é melhor explicado por um Transtorno primário do Sono incluem persistência do distúrbio do sono por mais de 4 semanas após o término da intoxicação ou abstinência aguda; desenvolvimento de sintomas substancialmente excessivos aos que seriam esperados, tendo em vista o tipo, a quantidade ou a duração do uso da substância; ou uma história prévia de Transtorno primário do Sono.

### Subtipos e Especificadores

Os subtipos relacionados adiante podem ser usados para indicar a apresentação sintomática predominante. O quadro clínico de cada Transtorno do Sono Induzido por Substância específico pode assemelhar-se ao do Transtorno do Sono primário análogo. Entretanto, nem todos os critérios para o Transtorno do Sono primário análogo precisam ser satisfeitos, para fazer um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância. Tipo Insônia. Este subtipo refere-se a uma queixa relacionada ao sono caracterizada, principalmente, por uma dificuldade em conciliar ou manter o sono ou uma sensação de que o sono não é reparador.

Tipo Hipersonia. Este subtipo é usado quando a queixa predominante é de sono noturno excessivamente prolongado ou sonolência excessiva durante as horas de vigília.

Tipo Parassonia. Este subtipo refere-se a um distúrbio do sono caracterizado principalmente por eventos comportamentais anormais que ocorrem em associação com o sono ou transições sono-vigília.

Tipo Misto. Este subtipo deve ser usado para designar um problema de sono induzido por substância, caracterizado por múltiplos tipos de sintomas do sono, sem predomínio nítido de nenhum deles. O contexto de desenvolvimento dos sintomas do sono pode ser indicado pelo uso dos seguintes especificadores:

Com Início Durante Intoxicação. Este especificador deve ser usado se são satisfeitos os critérios para intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação.

Com Início Durante Abstinência. Este especificador deve ser usado se são satisfeitos os critérios para abstinência da substância e se os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

### Procedimentos de Registro

O nome do Transtorno do Sono Induzido por Substância inclui a substância específica (por ex., álcool, metilfenidato, tiroxina) presumivelmente causadora do distúrbio do sono. O código diagnóstico é selecionado a partir da lista de classes de substâncias oferecida no conjunto de critérios para Transtorno do Sono Induzido por Substância. Para substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes relacionadas (por ex., tiroxina), o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, para medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico pode ser indicado listando-se o código E apropriado (ver Apêndice G). O nome do transtorno (por ex., Transtorno do Sono Induzido por Cafeína) é seguido pelo subtipo que indica a apresentação sintomática predominante e pelo especificador que indica o contexto no qual os sintomas se desenvolveram (por ex., 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína, Tipo Insônia, Com Início Durante Intoxicação). Quando mais de uma substância supostamente exercem um papel significativo no desenvolvimento do distúrbio do sono, cada uma delas deve ser listada em separado (por ex., 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína, Tipo Insônia, Com Início Durante Intoxicação; 291.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool, Tipo Insônia, Com Início Durante Abstinência). Se uma substância supostamente é o fator etiológico, mas a substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, pode-se usar a categoria 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Substância Desconhecida.

### Substâncias Específicas

O Transtorno do Sono Induzido por Substâncias ocorre com maior frequência durante a intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetaminas e substâncias correlatas; cafeína; cocaína; opióides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Distúrbios do sono também são vistos, com menor frequência, com o uso de outros



tipos de substâncias. O Transtorno do Sono Induzido por Substância também pode ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e estimulantes correlatos; cocaína; opióides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Cada um dos Transtornos do Sono Induzidos por Substância produz padrões de EEG do sono associados com o transtorno, que, no entanto, não podem ser considerados diagnósticos deste. O perfil de EEG do sono para cada substância está relacionado, além disso, ao estágio do uso, quer se trate de intoxicação, uso crônico ou abstinência após a descontinuação da substância.

**Álcool.** O Transtorno do Sono Induzido por Álcool tipicamente ocorre no Tipo Insônia. Durante a intoxicação aguda, o álcool tipicamente produz um efeito sedativo imediato, com maior sonolência e redução da vigília por 3-4 horas. Isso se acompanha de um aumento do sono NREM e de uma redução do sono REM, dos estágios 3 e 4 durante estudos de EEG. Após esses efeitos iniciais, o indivíduo apresenta maior vigília, sono inquieto e, freqüentemente, sonhos vívidos e carregados de ansiedade pelo período restante de sono. Os estudos de EEG de sono mostram que, na segunda metade do sono, após a ingestão de álcool, há uma redução dos estágios 3 e 4 do sono, maior vigília e aumento do sono REM. O álcool pode agravar um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pelo aumento do número de eventos de apnéia obstrutiva. Com a continuidade do uso habitual, o álcool continua mostrando um efeito sedativo de curta duração por algumas horas, seguido de uma perturbação da continuidade do sono por algumas horas. Durante a Abstinência de Álcool, o sono é amplamente perturbado. O indivíduo tem tipicamente uma extrema perturbação da continuidade do sono, acompanhada de um aumento da quantidade e intensidade do sono REM. Isso freqüentemente se acompanha de um aumento de sonhos vívidos e, no exemplo mais extremo, constitui parte do Delirium por Abstinência de Álcool. Após a abstinência aguda, os indivíduos que fizeram uso de álcool de um modo crônico podem continuar queixando-se de um sono leve e fragmentado, por semanas ou até por anos. Os estudos de EEG do sono, nesses casos, confirmam um déficit persistente no sono de ondas lentas e um distúrbio persistente na continuidade do sono.

**Anfetaminas e estimulantes correlatos.** O Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina é caracterizado por insônia durante a intoxicação e por hipersonia durante a abstinência. Durante o período de intoxicação aguda, a anfetamina reduz a quantidade total de sono, aumenta as perturbações na latência e continuidade do sono, aumenta os movimentos corporais e diminui o sono REM. O sono de ondas lentas tende a ser reduzido. Durante a abstinência do uso crônico de anfetaminas, os indivíduos tipicamente experimentam hipersonia, com duração prolongada do sono noturno e sonolência excessiva durante o dia. O sono REM e o de ondas lentas podem apresentar um rebote para valores acima dos basais. Os Testes Múltiplos de Latência do Sono (MSLTs) podem demonstrar um aumento da sonolência diurna também durante a fase de abstinência.

**Cafeína.** O Transtorno do Sono Induzido por Cafeína tipicamente produz insônia, embora alguns indivíduos apresentem queixas de hipersonia e sonolência diurna relacionadas à abstinência. A cafeína exerce um efeito dose-dependente, com doses maiores provocando vigília e diminuição na continuidade do sono. A polissonografia pode mostrar uma latência de sono prolongada, maior vigília e diminuição do sono de ondas lentas. Não há descrições de efeitos consistentes sobre o sono REM. A

abstinência abrupta do uso crônico de cafeína pode produzir hipersonia. Alguns indivíduos podem também experimentar hipersonia entre doses diurnas de cafeína, à medida que decresce o efeito estimulante imediato.

**Cocaína.** Como ocorre com outros estimulantes, a cocaína tipicamente produz insônia durante a intoxicação aguda e hipersonia durante a abstinência. Durante a intoxicação aguda, a quantidade total de sono pode ser drasticamente reduzida, com breves surtos de sono muito perturbado. Por outro lado, a abstinência após uma farra de cocaína em geral está associada com um sono de duração extremamente prolongada.

**Opióides.** Durante o uso agudo a curto prazo, os opióides tipicamente produzem um aumento na sonolência e na profundidade subjetiva do sono. O sono REM é tipicamente reduzido pela administração aguda de opióides, com pouca alteração geral na vigília e no tempo total de sono. Com a administração continuada, a maioria dos indivíduos adquire tolerância aos efeitos sedativos dos opióides e pode começar a apresentar queixas de insônia. Esta se reflete por maior vigília e tempo diminuído de sono em estudos polissonográficos. A abstinência de opióides é tipicamente acompanhada por queixas de hipersonia, embora poucos estudos objetivos tenham documentado este achado.

**Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.** As drogas desta classe (por ex., barbitúricos, benzodiazepínicos, meprobamato, glutetimida e metiprilon) têm efeitos similares, mas não idênticos, sobre o sono. As diferenças na duração da ação e meia-vida podem afetar as queixas quanto ao sono e as medições objetivas deste. Em geral, os barbitúricos e as drogas não-barbitúricas e não-benzodiazepínicas mais antigas produzem tolerância, dependência e severa abstinência mais consistentemente, mas esses fenômenos podem ser notados também com benzodiazepínicos. Durante a intoxicação aguda, as drogas sedativo-hipnóticas produzem o aumento esperado na sonolência e diminuição do estado de alerta. Os estudos polissonográficos confirmam esses efeitos subjetivos durante a administração aguda, bem como uma diminuição do sono REM e um aumento da atividade de fusos de sono. O uso crônico (particularmente de barbitúricos e de drogas mais antigas não-barbitúricas e não-benzodiazepínicas) pode causar tolerância, com o resultante retorno da insônia. Se o indivíduo, então, aumenta a dose, pode ocorrer hipersonia diurna. As drogas sedativo-hipnóticas podem agravar um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, mediante um aumento na frequência e gravidade dos eventos de apnéia obstrutiva do sono. A descontinuação abrupta do uso de sedativo-hipnóticos pode provocar insônia por abstinência. Além de menor duração do sono, a abstinência pode produzir maior ansiedade, tremores e ataxia. Os barbitúricos e as drogas não-barbitúricas e não-benzodiazepínicas mais antigas também estão associadas com uma alta incidência de convulsões por abstinência, que são observadas com uma frequência muito menor com os benzodiazepínicos. Tipicamente, as drogas sedativo-hipnóticas de curta ação estão mais propensas a produzir queixas de insônia por abstinência, enquanto aquelas de ação mais prolongada estão associadas, mais frequentemente, com hipersonia diurna durante o uso ativo. Entretanto, qualquer sedativo-hipnótico é capaz de causar sedação diurna ou insônia por abstinência. A abstinência de agentes sedativo-hipnóticos pode ser confirmada por estudos polissonográficos, que mostram um sono de duração reduzida, maior perturbação do sono e "rebote" do sono REM.

Outras substâncias. Outras substâncias podem produzir distúrbios do sono. Exemplos comuns incluem medicamentos que afetam os sistemas nervoso central ou autônomo (incluindo agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas dopamínicos, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotoninérgicos, anti-histamínicos e corticosteróides). Clinicamente, esses medicamentos são prescritos para o controle da hipertensão e de arritmias cardíacas, doença pulmonar obstrutiva, problemas de motilidade gastrointestinal ou processos inflamatórios.

## Diagnóstico Diferencial

Distúrbios do sono são encontrados habitualmente no contexto de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância. Um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância somente deve ser feito, ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, quando o distúrbio do sono é considerado excessivo àquele habitualmente associado com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando o distúrbio é suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente. A insônia, por exemplo, é um aspecto característico da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos. Um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos deve ser feito, ao invés de Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, somente se a insônia é mais severa do que aquela habitualmente encontrada na Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos e se exige atenção e tratamento independentes. Se o distúrbio do sono induzido por substância ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium, ele é considerado um aspecto associado do delirium, não sendo diagnosticado separadamente. Nas apresentações induzidas por substâncias que contêm um misto de diferentes tipos de sintomas (por ex., do sono, de humor e de ansiedade), o tipo específico de Transtorno do Sono Induzido por Substância a ser diagnosticado depende do tipo de sintomas predominantes no quadro clínico. Um Transtorno do Sono Induzido por Substância distingue-se de um Transtorno primário do Sono e da Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental porque se supõe que uma substância está etiologicamente relacionada aos sintomas. Um Transtorno do Sono Induzido por Substância devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou uma condição médica geral deve ter seu início enquanto a pessoa está tomando o medicamento (ou durante a abstinência, se existir uma síndrome de abstinência associada com o medicamento). Uma vez que o tratamento seja descontinuado, o distúrbio do sono geralmente apresenta remissão em questão de dias ou semanas (dependendo da meia-vida da substância e da presença de uma síndrome de abstinência). Se os sintomas persistem além de 4 semanas, outras causas para o distúrbio do sono devem ser consideradas. Não raro, os indivíduos com um Transtorno do Sono primário usam medicamentos ou drogas de abuso para o alívio de seus sintomas. Se o clínico considera que a substância está desempenhando um papel significativo na exacerbação do distúrbio do sono, um diagnóstico adicional de Transtorno do Sono Induzido por Substância pode ser indicado. Um Transtorno do Sono Induzido por Substância e um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral também podem ser difíceis de distinguir. Ambos podem produzir sintomas similares de insônia, hipersonia ou (mais raramente) Parassonia. Além disso, muitos indivíduos com uma condição médica geral que causa uma queixa de sono são

tratados com medicamentos que podem também causar distúrbios do sono. A cronologia dos sintomas é o fator mais importante na distinção entre essas duas causas de distúrbios do sono. Por exemplo, um distúrbio do sono que claramente precedeu o uso de algum medicamento para o tratamento de uma condição médica geral sugere um diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral. Por outro lado, os sintomas do sono que só aparecem depois da instituição de um determinado medicamento ou substância sugerem um Transtorno do Sono Induzido por Substância. Da mesma forma, um distúrbio do sono que aparece durante o tratamento de uma condição médica geral, mas melhora após a descontinuação do medicamento, sugere um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância. Se o clínico determinar que o distúrbio se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, aplicam-se ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno do Sono Induzido por Substância e Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral). Quando existem evidências insuficientes para determinar se o distúrbio do sono é devido a uma substância (inclusive um medicamento), a uma condição médica geral ou se é primário (isto é, não se deve a uma substância ou a uma condição médica geral), indicam-se os diagnósticos de Parassonia Sem Outra Especificação ou Dissonia Sem Outra Especificação.

#### Critérios Diagnósticos para Transtorno do Sono Induzido por Substância

A. Um distúrbio proeminente do sono suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente.

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):

(1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante, ou em 1 mês após, a Intoxicação com Substância ou a Abstinência de Substância

(2) o uso de medicação está etiológicamente relacionado com o distúrbio do sono.

C. O distúrbio no sono não é melhor explicado por um Transtorno do Sono não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno do Sono não induzido por substância poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou medicamento); os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação severa, ou excedem substancialmente os que seriam esperados, tendo em vista o tipo, a quantidade de substância usada ou a duração de seu uso; ou existem outras evidências que sugerem a existência de um Transtorno do Sono independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias).

D. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.

E. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Nota: Este diagnóstico somente deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância quando os sintomas de sono excedem os habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou de abstinência e quando os sintomas são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

Codificar Transtorno do Sono Induzido por [Substância Específica]:

- (F10.8 - 291.8 Álcool,
- F15.8 - 292.89 Anfetamina;
- F15.8 - 292.89 Cafeína;
- F14.8 - 292.89 Cocaína;
- F11.8 - 292.89 Opióide;
- F13.8 - 292.89 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos;
- F19.08 - 282.89 Outra Substância [ou Substância Desconhecida])

Especificar tipo:

- Tipo Insônia: se o distúrbio predominante do sono é insônia.
- Tipo Hipersonia: se o distúrbio predominante do sono é hipersonia.
- Tipo Parassonia: se o distúrbio predominante do sono é uma parassonia.
- Tipo Misto: se mais de um distúrbio do sono está presente, sem predomínio de nenhum deles.

Especificar se (ver tabela à p. 173, para aplicabilidade por substância):

Com Início Durante Intoxicação: se são satisfeitos os critérios para Intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a síndrome de intoxicação. Com Início Durante Abstinência: se são satisfeitos os critérios para Abstinência da substância e se os sintomas se desenvolvem durante, ou logo após, uma síndrome de abstinência.

## **Transtornos de Controle dos Impulsos**

### **Cleptomania, Piromania, Explosividade**

Esta seção compreende transtornos do controle dos impulsos não classificados como parte da apresentação de transtornos descritos em outras seções do manual (por ex., Transtornos Relacionados a Substâncias, Parafilias, Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno de Conduta, Esquizofrenia; Transtornos do Humor podem ter aspectos que envolvem problemas de controle dos impulsos). A característica essencial dos

Transtornos de Controle dos Impulsos é o fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para a própria pessoa ou para outros. Na maioria dos transtornos descritos nesta seção, o indivíduo sente uma crescente tensão ou excitação antes de cometer o ato. Após cometê-lo, pode ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa. Os seguintes transtornos são incluídos nesta seção:

- O Transtorno Explosivo Intermitente é caracterizado por episódios distintos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em sérias agressões ou destruição de propriedades.
- A Cleptomania caracteriza-se por um fracasso recorrente em resistir a impulsos de roubar objetos desnecessários para o uso pessoal ou em termos de valor monetário.
- A Piromania é caracterizada por um padrão de comportamento incendiário por prazer, gratificação ou alívio de tensão.
- O Jogo Patológico caracteriza-se por um comportamento mal-adaptativo, recorrente e persistente, relacionado a jogos de azar e apostas.
- A Tricotilomania caracteriza-se pelo ato de puxar de forma recorrente os próprios cabelos por prazer, gratificação ou alívio de tensão, acarretando uma perda capilar perceptível.
- O Transtorno do Controle dos Impulsos Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos específicos do Controle dos Impulsos, descritos antes ou em outras seções do manual.

### **F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Explosivo Intermitente é a ocorrência de episódios definidos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou a destruição de propriedades (Critério A). O grau de agressividade expressada durante um episódio é amplamente desproporcional a qualquer provocação ou estressor psicossocial desencadeante (Critério B). Um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente somente é feito depois de descartados outros transtornos mentais que poderiam explicar os episódios de comportamento agressivo (por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Transtorno Psicótico, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) (Critério C). Os episódios agressivos não são decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer) (Critério C). O indivíduo pode descrever os episódios agressivos como "surtos" ou "ataques" nos quais o comportamento explosivo é precedido por um sentimento de tensão ou excitação, sendo imediatamente seguido por uma

sensação de alívio. Posteriormente, o indivíduo pode sentir remorso, arrependimento ou embaraço pelo comportamento agressivo.

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Sinais de impulsividade ou agressividade generalizada podem estar presentes entre os episódios explosivos. Os indivíduos com traços narcisistas, obsessivos, paranóides ou esquizóides podem estar especialmente propensos a ter surtos explosivos de raiva, quando sob estresse. O transtorno pode ter como conseqüência a perda do emprego, suspensão escolar, divórcio, dificuldades com relacionamentos interpessoais, acidentes (por ex., em veículos), hospitalização (por ex., em virtude de ferimentos sofridos em lutas ou acidentes) ou detenções legais. Achados laboratoriais associados. Pode haver achados de EEG inespecíficos (por ex., lentificação) ou evidências de anormalidades na testagem neuropsicológica (por ex., dificuldade com inversão de letras). Sinais de alterações do metabolismo da serotonina têm sido encontrados no liquor de alguns indivíduos impulsivos e sujeitos a ataques coléricos, mas o relacionamento específico desses achados com o Transtorno Explosivo Intermitente não está claro. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Pode haver achados inespecíficos ou "leves" nos exames neurológicos (por ex., assimetrias reflexas ou movimentos espelhados). Dificuldades de desenvolvimento indicativas de disfunção cerebral podem estar presentes (por ex., fala atrasada ou fraca coordenação). Uma história de condições neurológicas (por ex., traumatismo craniano, episódios de inconsciência ou convulsões febris na infância) pode estar presente. Entretanto, se o clínico considera que o comportamento agressivo é conseqüência dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral diagnosticável, o Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral apropriado deve ser diagnosticado (por ex., Alteração de Personalidade Devido a Traumatismo Craniano, Tipo Agressivo; Demência do Tipo Alzheimer, Início Precoce, Sem Complicação, Com Perturbação do Comportamento).

## Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Embora alguns indivíduos com Anorexia Nervosa não apresentem anormalidades laboratoriais, a característica de semi-inanição deste transtorno pode afetar sistemas orgânicos importantes e produzir uma variedade de distúrbios. A indução de vômitos e o abuso de laxantes, diuréticos e enemas podem também causar diversos distúrbios, produzindo achados laboratoriais anormais. Hematologia: Leucopenia e leve anemia são comuns; trombocitopenia ocorre raramente. Química: A desidratação pode ser refletida por um elevado nível de uréia sangüínea. Hipercolesterolemia é comum. Os testes de função hepática podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são encontradas ocasionalmente. A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica (elevado bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocalemia, e o

abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Os níveis de iroxina sérica (T4) estão diminuídos. Hiperadrenocorticismo e resposta anormal a uma variedade de provocações neuroendócrinas são comuns. Em mulheres, baixos níveis de estrógeno sérico estão presentes, enquanto os homens têm baixos níveis de testosterona sérica. Existe uma regressão do eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal em ambos os sexos, no sentido de que o padrão de secreção de hormônio luteinizante (LH) em 24 horas assemelha-se àquele normalmente visto em indivíduos pré-púberes ou na puberdade. Eletrocardiografia: São observadas bradicardia sinusal e, raramente, arritmias. Eletroencefalografia: Anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem decorrer de distúrbios hidroeletrólíticos significativos. Imagens cerebrais: Um aumento na razão ventricular-cerebral secundária à privação alimentar é vista com freqüência. Dispêndio de energia em repouso: Freqüentemente está reduzido.

## Curso

Há poucos dados disponíveis quanto à idade de início do Transtorno Explosivo Intermitente, mas este parece ocorrer da adolescência à terceira década de vida. O modo de início pode ser súbito e sem um período prodrômico.

## Diagnóstico Diferencial

Um comportamento agressivo pode ocorrer no contexto de muitos outros transtornos mentais. Um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente deve ser considerado apenas depois que todos os demais transtornos associados com impulsos ou comportamentos agressivos foram descartados. Se o comportamento agressivo ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium, um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente não é dado. Da mesma forma, quando o comportamento se desenvolve como parte de uma demência, um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente não é feito e o diagnóstico apropriado é de demência, com o especificador Com Perturbação do Comportamento. O Transtorno Explosivo Intermitente deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Agressivo, que é diagnosticada quando o padrão de episódios agressivos é considerado devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral diagnosticável (por ex., um indivíduo que sofreu lesão cerebral por um acidente automobilístico e subseqüentemente manifesta uma alteração da personalidade, caracterizada por surtos agressivos). Uma história atenta e uma avaliação neurológica completa são úteis para esta determinação. Observe que anormalidades inespecíficas no exame neurológico (por ex., "sinais leves") e alterações do EEG inespecíficas são compatíveis com um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente e apenas excluem o diagnóstico se são indicativos de uma condição médica geral diagnosticável. Ataques agressivos também podem ocorrer em associação com Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, particularmente associadas com álcool, fenciclidina, cocaína e outros



estimulantes, barbitúricos e inalantes. O clínico deve investigar com atenção a natureza e a extensão do uso de substâncias, e uma triagem de sangue e urina para drogas pode ser informativa. O Transtorno Explosivo Intermitente deve ser diferenciado do comportamento agressivo e errático que pode ocorrer no Transtorno Desafiador de Oposição, Transtorno da Conduta, Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco e Esquizofrenia. Se o comportamento agressivo é melhor explicado como um aspecto diagnóstico ou associado de outro transtorno mental, não é dado um diagnóstico separado de Transtorno Explosivo Intermitente. Um comportamento agressivo pode ocorrer, naturalmente, quando nenhum transtorno mental está presente. O comportamento proposital distingue-se do Transtorno Explosivo Intermitente pela presença de motivação e vantagens no ato agressivo. Nos contextos forenses, os indivíduos podem simular um Transtorno Explosivo Intermitente para esquivar-se da responsabilidade por seu comportamento.

### Critérios Diagnósticos para F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente

- A. Diversos episódios distintos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em atos agressivos ou destruição de propriedades.
- B. O grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com quaisquer estressores psicossociais desencadeantes.
- C. Os episódios agressivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), nem se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer).

### **F63.2 - 312.32 Cleptomania**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da Cleptomania é o fracasso recorrente em resistir a impulsos de furtar objetos, embora esses não sejam necessários para o uso pessoal ou por seu valor monetário (Critério A). O indivíduo vivencia um sentimento subjetivo de crescente tensão antes do furto (Critério B) e sente prazer, satisfação ou alívio ao cometer o furto (Critério C). O furto não é cometido para expressar raiva ou vingança, não é realizado em resposta a um delírio ou alucinação (Critério D), nem é explicado por um Transtorno da Conduta, um Episódio Maníaco ou um Transtorno da Personalidade Anti-Social (Critério E). Os objetos são furtados apesar de tipicamente terem pouco valor para o indivíduo, que teria condições de

comprá-los e freqüentemente os dá de presente ou joga-os fora. Às vezes, o indivíduo pode colecionar os objetos furtados ou devolvê-los disfarçadamente. Embora os indivíduos com este transtorno em geral evitem furtar quando uma detenção imediata é provável (por ex., na proximidade de um policial), eles não costumam planejar seus furtos de antemão nem levam plenamente em conta as chances de serem presos. O furto é cometido sem auxílio ou colaboração de outros.

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Cleptomania vivenciam o impulso de furtar como ego-distônico e têm consciência de que o ato é errado e sem sentido. A pessoa com freqüência tem medo de ser apanhada e se sente deprimida ou culpada quanto aos furtos. Transtornos do Humor (especialmente Transtorno Depressivo Maior), Transtornos de Ansiedade, Transtornos Alimentares (particularmente Bulimia Nervosa) e Transtornos da Personalidade podem estar associados com a Cleptomania. O transtorno pode provocar dificuldades legais, familiares, ocupacionais e pessoais.

## Prevalência

A Cleptomania é uma condição rara, que parece ocorrer em menos de 5% de pessoas que cometem furtos em lojas. Ela parece ser mais comum entre mulheres.

## Curso

Existem poucas informações sistemáticas sobre o curso da Cleptomania, mas três cursos típicos foram descritos: esporádica, com episódios breves e longos períodos de remissão; episódica, com períodos prolongados de furtos e períodos de remissão; crônica, com algum grau de flutuação. O transtorno pode continuar por anos, apesar de múltiplas condenações por furtos.

## Diagnóstico Diferencial

A Cleptomania deve ser diferenciada de atos comuns de roubo ou furtos em lojas. O furto comum (quer planejado ou impulsivo) é deliberado e motivado pela utilidade do objeto ou por seu valor monetário. Alguns indivíduos, especialmente adolescentes, também podem furtar como um ato de rebeldia, ou como um rito de passagem. O diagnóstico não é feito, a menos que outros aspectos característicos da Cleptomania também estejam presentes. A Cleptomania é extremamente rara, ao passo que os furtos em lojas são comuns. Na Simulação, o indivíduo pode fingir os sintomas de

Cleptomania para evitar processos criminais. O Transtorno da Personalidade Anti-Social e o Transtorno de Conduta distinguem-se da Cleptomania por um padrão geral de comportamento anti-social. A Cleptomania deve ser distinguida do furto intencional ou inadvertido que pode ocorrer durante um Episódio Maníaco, em resposta a delírios ou alucinações (por ex., na Esquizofrenia) ou como resultado de uma demência.

#### Critérios Diagnósticos para F63.2 - 312.32 Cleptomania

- A. Fracasso recorrente em resistir aos impulsos de furtar objetos que não são necessários para o uso pessoal ou por seu valor monetário.
- B. Sentimento aumentado de tensão imediatamente antes da realização do furto.
- C. Prazer, satisfação ou alívio no momento de cometer o furto.
- D. O furto não é cometido para expressar raiva ou vingança, nem ocorre em resposta a um delírio ou alucinação.
- E. O furto não é melhor explicado por um Transtorno da Conduta, um Episódio Maníaco ou um Transtorno da Personalidade Anti-Social.

#### **F63.1 - 312.33 Piromania**

##### Características Diagnósticas

A característica essencial da Piromania é a presença de múltiplos episódios de provocação deliberada e proposital de incêndios (Critério A). Os indivíduos com este transtorno experimentam tensão ou excitação afetiva antes de provocarem um incêndio (Critério B). Existe uma fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seus contextos situacionais (por ex., parafernália, usos, conseqüências) (Critério C). Os indivíduos com este transtorno requentemente são "espectadores" regulares de incêndios em seus arredores, podem acionar alarmes falsos e extraem prazer a partir de instituições, equipamentos e pessoal associados com incêndios. Eles podem passar algum tempo junto ao corpo de bombeiros, provocar incêndios para afiliar-se ao corpo de bombeiros ou até mesmo tornar-se bombeiros. Os indivíduos com este transtorno experimentam prazer, satisfação ou liberação de tensão ao provocarem incêndios, testemunharem seus efeitos ou participarem de seu combate (Critério D). O comportamento incendiário não ocorre visando a obter ganhos monetários, expressar uma ideologia sócio-política, encobrir uma atividade criminosa, expressar raiva ou vingança, melhorar as próprias condições de vida ou em resposta a um delírio ou uma alucinação (Critério E). A provocação de incêndios não decorre de um prejuízo no julgamento (por ex., na demência, no Retardo Mental ou na Intoxicação

com Substância). O diagnóstico não é feito se o comportamento incendiário é melhor explicado por Transtorno da Conduta, Episódio Maníaco ou Transtorno da Personalidade Anti-Social (Critério F).

## Prevalência

A piraomania aparentemente é rara.

## Curso

Os dados existentes são insuficientes para se estabelecer uma idade típica de início para a Piraomania. O relacionamento entre o comportamento incendiário na infância e a Piraomania na idade adulta não foi documentado. Em indivíduos com Piraomania, os incidentes de comportamento incendiário são episódicos, podendo ter uma frequência variável com o tempo. O curso longitudinal é desconhecido.

## Diagnóstico Diferencial

É importante descartar outras causas de comportamento incendiário antes de se fazer o diagnóstico de Piraomania. A provocação intencional de incêndios pode ocorrer para fins de lucro, sabotagem ou vingança; para encobrir um crime; para fins políticos (por ex. um ato de terrorismo ou protesto), ou para obter atenção ou reconhecimento (por ex., provocar um incêndio para descobri-lo e fazer-se passar por herói). O comportamento incendiário também pode ocorrer como parte da experimentação adequada ao estágio de desenvolvimento na infância (por ex., brincar com fósforos, isqueiros ou fogo). Alguns indivíduos com transtornos mentais usam o comportamento incendiário para comunicar um desejo, vontade ou necessidade, freqüentemente dirigidos à obtenção de uma mudança na natureza ou localização dos serviços. Esta forma de comportamento incendiário tem sido chamada de "incêndio comunicativo", devendo ser cuidadosamente diferenciada da Piraomania. Um diagnóstico separado de Piraomania não é feito quando o comportamento incendiário ocorre como parte de um Transtorno da Conduta, um Episódio Maníaco ou Transtorno da Personalidade Anti-Social, ou em resposta a um delírio ou alucinação (por ex., na Esquizofrenia). O diagnóstico de Piraomania também não deve ser feito quando o comportamento incendiário resulta de um prejuízo no julgamento associado com demência, Retardo Mental ou Intoxicação com Substância.

## Critérios Diagnósticos para F63.1 - 312.33 Piraomania

A. Comportamento incendiário deliberado e proposital em mais de uma ocasião.

B. Tensão ou excitação afetiva antes do ato.

C. Fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seus contextos situacionais (por ex., parafernália, usos, conseqüências).

D. Prazer, gratificação ou alívio ao provocar incêndios, ou quando os testemunha ou participa de seus resultados.

E. O comportamento incendiário não ocorre visando a obter ganhos monetários, expressar uma ideologia sócio-política, encobrir uma atividade criminosa, expressar raiva ou vingança, melhorar as próprias condições de vida, em resposta a um delírio ou alucinação, ou em conseqüência de um prejuízo no julgamento (por ex., na demência, no Retardo Mental ou na Intoxicação com Substância).

F. O comportamento incendiário não é melhor explicado por um Transtorno da Conduta, um Episódio Maníaco ou em Transtorno da Personalidade Anti-Social.

## **F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Jogo Patológico é um comportamento de jogo mal-adaptativo, recorrente e persistente (Critério A), que perturba os empreendimentos pessoais, familiares ou ocupacionais. O diagnóstico não é feito se o comportamento é melhor explicado por um Episódio Maníaco (Critério B). O indivíduo pode manter uma preocupação com o jogo (por ex., reviver experiências de jogo do passado, planejar a próxima parada ou pensar em modos de obter dinheiro para jogar) (Critério A1). A maioria dos indivíduos com Jogo Patológico afirma que está mais em busca de "ação" (um estado eufórico e excitado) do que de dinheiro. Apostas ou riscos cada vez maiores podem ser necessários para continuar produzindo o nível de excitação desejado (critério A2). Os indivíduos com Jogo Patológico freqüentemente continuam jogando, apesar de repetidos esforços no sentido de controlar, reduzir ou cessar o comportamento (Critério A3). Pode haver inquietação ou irritabilidade, ao tentar reduzir ou parar de jogar (Critério A4). O indivíduo pode jogar como uma forma de fugir de seus problemas ou para aliviar um humor disfórico (por ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão) (Critério A5). Um padrão de "recuperação" das perdas pode desenvolver-se, com uma necessidade urgente de continuar jogando (freqüentemente fazendo apostas maiores ou assumindo maiores riscos) para anular uma perda ou uma série de perdas. O indivíduo pode abandonar sua estratégia de jogo e tentar recuperar todas as perdas de uma só vez. Embora todos os jogadores possam tentar recuperar suas perdas por curtos períodos, a busca de recuperação do prejuízo a longo prazo é mais característica dos indivíduos com Jogo Patológico (Critério A6). O indivíduo pode mentir para

familiares, terapeutas ou outras pessoas para encobrir a extensão de seu envolvimento com o jogo (Critério A7). Quando não tem mais a quem pedir emprestado, o indivíduo pode recorrer ao comportamento anti-social (por ex., falsificação, fraude, furto ou estelionato) para obter dinheiro (Critério A8). O indivíduo pode ter colocado em risco ou perdido um relacionamento significativo, seu emprego ou uma oportunidade profissional ou educacional em virtude do jogo (Critério A9). O indivíduo também pode recorrer à família ou outras pessoas, em busca de auxílio para uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo (Critério A10).

## Características e Transtornos Associados

Distorções do pensamento (por ex., negação, superstições, excesso de confiança ou sentimentos de poder e controle) podem estar presentes em indivíduos com Jogo Patológico. Muitos indivíduos com Jogo Patológico acreditam que o dinheiro é tanto a causa quanto a solução para todos os seus problemas. Essas pessoas também são, com frequência, altamente competitivas, cheias de energia, inquietas e facilmente entediadas. Elas podem mostrar-se demasiadamente preocupadas com a aprovação dos outros e ser generosas ao ponto da extravagância. Quando não estão jogando, podem ser pessoas "viciadas em trabalho" ou profissionais que esperam até perto do prazo final para então realmente começarem a trabalhar. Estes indivíduos podem estar propensos ao desenvolvimento de condições médicas gerais associadas com estresse (por ex., hipertensão, úlcera péptica, enxaqueca). Taxas aumentadas de Transtornos do Sono, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Abuso ou Dependência de Substância e Transtornos da Personalidade Anti-Social, Narcisista e Borderline têm sido relatadas em indivíduos com Jogo Patológico. Há relatos indicando que, dentre os indivíduos tratados para Jogo Patológico, 20% já tentaram o suicídio.

## Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Existem variações culturais na prevalência e no tipo de atividades ligadas ao jogo (por ex., rinhas de galos, corridas de cavalos, mercado de ações). Aproximadamente um terço dos indivíduos com Jogo Patológico consiste de mulheres. As mulheres com o transtorno têm maior propensão à depressão e a jogarem como fuga. As mulheres são sub-representadas nos programas de tratamento para o jogo, representando apenas 2-4% da população dos Jogadores Anônimos, o que pode ocorrer em função de um maior estigma vinculado às mulheres que jogam.

## Prevalência

Os poucos dados disponíveis sugerem que a prevalência do Jogo Patológico pode ser de até 1-3% da população adulta.

## Curso

O Jogo Patológico tipicamente começa no início da adolescência em homens, e mais tarde, em mulheres. Embora uns poucos indivíduos sejam "fisgados" por sua primeira aposta, para a maioria o curso é mais insidioso. Pode haver anos de jogo social, seguidos de um início abrupto que pode ser precipitado por maior exposição ao jogo ou por um estressor. O padrão de jogo pode ser regular ou episódico, e o curso do transtorno é tipicamente crônico. Existe, geralmente, uma progressão na frequência do jogo, nas quantias apostadas e na preocupação com o jogo e com a obtenção de dinheiro para jogar. A avidez por jogar e por atividades ligadas ao jogo geralmente aumenta durante períodos de estresse ou depressão.

## Padrão Familiar

Jogo Patológico e Dependência de Álcool são mais comuns entre os pais de indivíduos com Jogo Patológico do que entre a população geral.

## Diagnóstico Diferencial

O Jogo Patológico deve ser diferenciado do jogo social e do jogo profissional. O jogo social tipicamente ocorre com amigos ou colegas e tem uma duração limitada, estipulando com antecedência um limite aceitável de perdas. No jogo profissional, os riscos são limitados e a disciplina é central. Alguns indivíduos podem experimentar problemas associados com o jogo (por ex., comportamento de recuperação de prejuízos a curto prazo e perda do controle) que não satisfazem todos os critérios para Jogo Patológico. Uma perda do julgamento e jogo excessivo podem ocorrer durante um Episódio Maníaco. Um diagnóstico adicional de Jogo Patológico somente deve ser dado se o comportamento de jogo não é melhor explicado pelo Episódio Maníaco (por ex., uma história de comportamento de jogo mal-adaptativo em momentos outros que não durante um Episódio Maníaco). Por outro lado, um indivíduo com Jogo Patológico, durante uma parada de jogo, pode apresentar um comportamento que se assemelha a um Episódio Maníaco. Entretanto, uma vez afastado do jogo, esses aspectos tipo maníacos dissipam-se. Problemas com o jogo podem ocorrer em indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social; se os critérios são satisfeitos para ambos os transtornos, ambos podem ser diagnosticados.

## Critérios Diagnósticos para F63.0 - 312.31 Jogo Patológico

A. Comportamento de jogo mal-adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) preocupação com o jogo (por ex., preocupa-se com reviver experiências de jogo passadas, avalia possibilidades ou planeja a próxima parada, ou pensa em modos de obter dinheiro para jogar)
- (2) necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores, a fim de obter a excitação desejada
- (3) esforços repetidos e fracassados no sentido de controlar, reduzir ou cessar com o jogo
- (4) inquietude ou irritabilidade, quando tenta reduzir ou cessar com o jogo
- (5) joga como forma de fugir de problemas ou de aliviar um humor disfórico (por ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão)[586]
- (6) após perder dinheiro no jogo, freqüentemente volta outro dia para ficar quite ("recuperar o prejuízo")
- (7) mente para familiares, para o terapeuta ou outras pessoas, para encobrir a extensão do seu envolvimento com o jogo
- (8) cometeu atos ilegais, tais como falsificação, fraude, furto ou estelionato, para financiar o jogo
- (9) colocou em perigo ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo
- (10) recorre a outras pessoas com o fim de obter dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo.

B. O comportamento de jogo não é melhor explicado por um Episódio Maníaco.

### **F63.3 - 312.39 Tricotilomania**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial da Tricotilomania consiste em arrancar os próprios cabelos de maneira recorrente, resultando em perda capilar perceptível (Critério A). Os locais de onde os cabelos são arrancados podem compreender qualquer região do corpo (inclusive as regiões axilar, púbica e peri-retal), sendo os pontos mais comuns o couro cabeludo, sobrancelhas e cílios. O ato de arrancar cabelos pode ocorrer em breves episódios ao longo do dia, ou em períodos menos freqüentes, porém mais prolongados, que podem continuar por horas. Circunstâncias estressantes freqüentemente aumentam o comportamento, mas este também ocorre em estados de relaxamento e distração (por ex., assistindo televisão ou lendo um livro). Um sentimento de tensão aumentada está presente imediatamente antes do ato



de arrancar os cabelos (Critério B). Para alguns, a tensão não precede necessariamente o ato, mas está associada com tentativas de resistir a este anseio. Existe satisfação, prazer ou uma sensação de alívio ao arrancar os cabelos (Critério C). Alguns indivíduos experimentam uma sensação "tipo coceira" no couro cabeludo, que é aliviada pelo ato de arrancar os cabelos. O diagnóstico não é dado se o ato de arrancar os cabelos é melhor explicado por um outro transtorno mental (por ex., em resposta a um delírio ou uma alucinação) ou se deve a uma condição médica geral (por ex., inflamação da pele ou outras condições dermatológicas) (Critério D). O distúrbio deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).

## Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Comportamentos de examinar a raiz do cabelo, arrancá-la, enfiar uma mecha entre os dentes ou tricofagia (comer cabelos) podem ocorrer com a Tricotilomania. O ato de arrancar os cabelos não ocorre, geralmente, na presença de outras pessoas (exceto membros da família imediata), e as situações sociais podem ser evitadas. Os indivíduos habitualmente negam que arrancam os cabelos e escondem ou camuflam a alopecia resultante. Alguns indivíduos sentem uma ânsia por arrancar cabelos de outras pessoas, podendo às vezes procurar oportunidades para fazê-lo disfarçadamente. Eles [587]podem arrancar os pêlos de animais de estimação, bonecos e outros materiais fibrosos (tais como suéteres ou tapetes). Os comportamentos de roer unhas, coçar-se, morder-se e escoriar-se podem estar associados com a Tricotilomania. Os indivíduos com Tricotilomania também podem ter Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade ou Retardo Mental. Achados laboratoriais associados. Certos achados histológicos são considerados característicos e podem auxiliar no diagnóstico, quando há suspeitas de Tricotilomania e o indivíduo afetado nega os sintomas. Amostras de biópsia das áreas envolvidas podem revelar cabelos curtos e partidos. O exame histológico pode revelar a presença de folículos normais e danificados na mesma área, bem como um número aumentado de cabelos catagênicos. Alguns folículos capilares podem apresentar sinais de trauma (enrugamento da bainha externa da raiz). Os folículos envolvidos podem estar vazios ou conter um material queratinoso profundamente pigmentado. A ausência de inflamação distingue a alopecia induzida por Tricotilomania da alopecia areata. Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Não há, rotineiramente, relatos de dor com o ato de arrancar os cabelos; pode haver prurido nas áreas envolvidas. Os padrões de perda capilar são altamente variáveis. Áreas de alopecia completa são comuns, bem como áreas de perceptível redução da densidade capilar. Quando há envolvimento do couro cabeludo, pode haver uma predileção pelo topo da cabeça ou regiões parietais. A superfície do couro cabeludo geralmente não apresenta evidências de escoriações. Pode haver um padrão de calvície quase completa, exceto por um estreito perímetro em torno das margens externas do couro cabeludo, particularmente na nuca ("tricotilomania tonsurante"). As sobrancelhas e os cílios podem estar completamente ausentes. Uma escassez

de pêlos púbicos pode ser aparente na inspeção. Pode haver áreas de ausência de pêlos nos membros ou no tronco. A tricofagia pode resultar em bezoares (bolas de cabelos) que podem causar anemia, dor abdominal, hematêmese, náusea e vômitos, bem como obstrução ou mesmo perfuração intestinal.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Entre as crianças com Tricotilomania, os dois sexos são igualmente representados. Em adultos, a Tricotilomania parece ser muito mais comum em mulheres. Isto tanto pode refletir a verdadeira razão entre os gêneros para a condição, quanto uma diferença na busca de tratamento, baseada em atitudes culturais ou ligadas ao gênero, em relação à aparência (por ex., aceitação da perda capilar como normal entre os homens).

### Prevalência

Não existem dados sistemáticos sobre a prevalência da Tricotilomania. Embora o transtorno anteriormente fosse considerado uma condição incomum, atualmente se acredita que ocorra com maior freqüência. Estudos recentes de amostras universitárias sugerem que 1 a 2% dos estudantes têm uma história atual ou passada de Tricotilomania.

### Curso

Períodos transitórios de arrancar cabelos nos primeiros anos da infância podem ser considerados um "hábito" benigno, com um curso autolimitado. Entretanto, muitos indivíduos que apresentam Tricotilomania crônica na idade adulta relatam um início nos primeiros anos da infância. O início habitualmente ocorre antes da idade adulta, com picos em torno dos 5 aos 8 anos e aos 13 anos. Alguns indivíduos têm sintomas contínuos por décadas. Para outros, o transtorno pode ir e vir durante semanas, meses ou anos seguidos. Os locais de onde os cabelos são arrancados podem variar ao longo do tempo.

### Diagnóstico Diferencial

Outras causas de alopecia devem ser consideradas em indivíduos que negam o ato de arrancar os cabelos (por ex., alopecia areata, calvície com padrão masculino, lúpus eritematoso discóide crônico, líquen plano, foliculite descalvante, pseudopelada e alopecia mucinosa). Um diagnóstico separado de Tricotilomania não é dado se o comportamento é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., em resposta a um delírio ou uma alucinação na Esquizofrenia). O ato repetitivo de arrancar os cabelos na Tricotilomania deve

ser diferenciado de uma compulsão, como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. No Transtorno Obsessivo-Compulsivo, os comportamentos repetitivos são executados em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Um diagnóstico adicional de Transtorno de Movimento Estereotipado não é feito se o comportamento repetitivo se limita ao ato de arrancar os cabelos. A alopecia auto-induzida na Tricotilomania deve ser diferenciada do Transtorno Factício com Predomínio de Sinais e Sintomas Físicos, no qual a motivação para o comportamento consiste em assumir o papel de doente. Muitos indivíduos retorcem e brincam com os cabelos, especialmente durante estados de maior ansiedade, mas este comportamento geralmente não se qualifica para um diagnóstico de Tricotilomania. Alguns indivíduos podem apresentar aspectos da Tricotilomania, mas o dano capilar resultante pode ser tão leve, a ponto de ser virtualmente indetectável. Nessas situações, o diagnóstico apenas deve ser considerado se o indivíduo experimenta sofrimento significativo. Em crianças, períodos autolimitados de arrancar os cabelos são comuns, podendo ser considerados um "hábito" temporário. Portanto, em crianças, o diagnóstico deve ser reservado para as situações nas quais o comportamento persiste por vários meses.

#### Critérios Diagnósticos para F63.3 - 312.39 Tricotilomania

- A. Comportamento recorrente de arrancar os cabelos, resultando em perda capilar perceptível.
- B. Sensação de tensão crescente, imediatamente antes de arrancar os cabelos ou quando o indivíduo tenta resistir ao comportamento.
- C. Prazer, satisfação ou alívio ao arrancar os cabelos.
- D. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, nem se deve a uma condição médica geral (por ex., uma condição dermatológica).
- E. O distúrbio causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

#### **F63.9 - 312.30 Transtorno do Controle dos Impulsos Sem Outra Especificação**

Esta categoria serve para transtornos do controle dos impulsos que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno do Controle dos Impulsos específico nem para outro transtorno mental que apresente aspectos envolvendo o controle dos impulsos, descrito em outra parte deste manual (por ex., Dependência de Substância, Parafilia).

## Transtornos de Ajustamento

### Características Diagnósticas

A característica essencial de um Transtorno de Ajustamento é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais significativos em resposta a um ou mais estressores psicossociais identificáveis. Os sintomas devem desenvolver-se dentro de um período de 3 meses após o início do estressor ou estressores (Critério A). A importância clínica da reação é indicada por um acentuado sofrimento, que excede o que seria esperado, dada a natureza do estressor, ou por um prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional (ou acadêmico) (Critério B). Esta categoria não deve ser usada se a perturbação satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I (por ex., Transtorno de Ansiedade ou Transtorno do Humor) ou é uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II (Critério C). Entretanto, um Transtorno de Ajustamento pode ser diagnosticado na presença de outro transtorno do Eixo I ou do Eixo II, se este último não explica o padrão sintomático ocorrido em resposta ao estressor. O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento também não se aplica quando os sintomas representam Luto (Critério D). Por definição, um Transtorno de Ajustamento deve resolver-se dentro de 6 meses após o término do estressor (ou de suas conseqüências) (Critério E). Entretanto, os sintomas podem persistir por um período prolongado (isto é, mais de 6 meses), se ocorrem em resposta a um estressor crônico (por ex., uma condição médica geral debilitante e crônica) ou a um estressor de conseqüências prolongadas (por ex., dificuldades emocionais ou financeiras resultantes de um divórcio). O estressor pode ser um evento isolado (por ex., fim de um relacionamento romântico) ou pode haver múltiplos estressores (por ex., dificuldades acentuadas nos negócios e problemas conjugais). Os estressores podem ser recorrentes (por ex., associados com crises profissionais cíclicas) ou contínuos (por ex., viver em uma área de alta criminalidade). Os estressores podem afetar um único indivíduo, toda uma família, um grupo maior ou uma comunidade (por ex., em um desastre natural). Alguns estressores podem acompanhar eventos evolutivos específicos (por ex., ingresso na escola, deixar a casa paterna, casar-se, tornar-se pai/mãe, fracasso em atingir objetivos profissionais, aposentadoria).

### Subtipos e Especificadores

Os Transtornos de Ajustamento são codificados de acordo com o subtipo que melhor caracteriza os sintomas predominantes:

F43.20 - 309.0 Com Humor Depressivo. Este subtipo deve ser usado quando as manifestações predominantes são sintomas tais como humor deprimido, tendência ao choro ou sensações de impotência.

F43.28 - 309.24 Com Ansiedade. Este subtipo deve ser usado quando as manifestações predominantes são sintomas tais como nervosismo, preocupação ou inquietação ou, em crianças, medo da separação de figuras de vinculação.

F43.22 - 309.28 Misto de Ansiedade e Depressão. Este subtipo deve ser usado quando a manifestação predominante é uma combinação de depressão e ansiedade.

F43.24 - 309.3 Com Perturbação da Conduta. Este subtipo deve ser usado quando a manifestação predominante é uma perturbação da conduta na qual existe violação dos direitos alheios ou de normas e regras sociais importantes, adequadas à idade (por ex., vadiagem, vandalismo, direção imprudente, lutas corporais, descumprimento de responsabilidades legais).

F43.25 - 309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta. Este subtipo deve ser usado quando as manifestações predominantes são tanto sintomas emocionais (por ex., depressão, ansiedade) quanto uma perturbação da conduta (ver subtipo acima).

F43.9 - 309.9 Inespecificado. Este subtipo deve ser usado para reações mal-adaptativas (por ex., queixas somáticas, retraimento social, inibição profissional ou acadêmica) a estressores psicossociais, não classificáveis como um dos subtipos específicos de Transtorno de Ajustamento. A duração dos sintomas de um Transtorno de Ajustamento pode ser indicada pela escolha de um dos seguintes especificadores:

Agudo. Este especificador pode ser usado para indicar a persistência dos sintomas por menos de 6 meses. Crônico. Este especificador pode ser usado para indicar a persistência dos sintomas por 6 meses ou mais. Por definição, os sintomas não podem persistir por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas conseqüências. O especificador de duração Crônico, portanto, aplica-se quando a duração da perturbação é superior a 6 meses, em resposta a um estressor crônico ou a um estressor de conseqüências prolongadas.

#### Procedimentos de Registro

A apresentação sintomática predominante de um Transtorno de Ajustamento deve ser indicada escolhendo-se o código e termos diagnósticos relacionados acima, seguidos, se desejado, pelo especificador Agudo ou Crônico (por ex., 309.0 Transtorno de Ajustamento Com Humor Deprimido, Agudo). Em uma avaliação multi-axial, a natureza do estressor pode ser indicada no Eixo IV (por ex., Divórcio).

#### Características e Transtornos Associados

O sofrimento subjetivo ou o prejuízo funcional associados ao Transtorno de Ajustamento freqüentemente se manifestam por uma redução do desempenho no trabalho ou na escola e por alterações temporárias nos relacionamentos sociais. Os Transtornos de Ajustamento estão associados com um maior risco de tentativas de suicídio e suicídio completado. A presença de um Transtorno de Ajustamento pode complicar o curso da doença, em indivíduos com uma condição médica geral (por ex., adesão diminuída ao tratamento recomendado ou maior tempo de hospitalização).

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero** O contexto da bagagem cultural do indivíduo deve ser levado em conta no momento de fazer um julgamento clínico para decidir se a resposta do indivíduo ao estressor é mal-adaptativa ou se o sofrimento associado excede aquele que poderia ser esperado. A natureza, o significado e o modo de vivenciar os estressores e de avaliar a resposta a eles podem variar entre as culturas. Os Transtornos de Ajustamento podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo homens e mulheres igualmente afetados.

### Prevalência

Os Transtornos de Ajustamento aparentemente são comuns, embora as estatísticas epidemiológicas variem amplamente, em função da população estudada e dos métodos de avaliação utilizados. A porcentagem de indivíduos em tratamento ambulatorial de saúde mental com um diagnóstico principal de Transtorno de Ajustamento varia de aproximadamente 5 a 20%. Os indivíduos mais desfavorecidos em suas circunstâncias de vida experimentam uma alta taxa de estressores, podendo estar em maior risco para o transtorno.

### Curso

Por definição, a perturbação no Transtorno de Ajustamento começa dentro de 3 meses após o início do estressor e não dura mais de 6 meses após a cessação do estressor ou de suas conseqüências. Se o estressor é um evento agudo (por ex., ser despedido do emprego), o início da perturbação em geral ocorre imediatamente (ou dentro de alguns dias) e sua duração é relativamente breve (por ex., não mais do que alguns meses). Se o estressor ou suas conseqüências persistem, o Transtorno de Ajustamento também pode persistir.

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Ajustamento é uma categoria residual, usada para descrever apresentações que se dão em resposta a um estressor identificável mas não satisfazem os critérios para qualquer outro transtorno específico do Eixo I. Por exemplo, se um indivíduo tem sintomas que satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior em resposta a um estressor, não se aplica

o diagnóstico de Transtorno de Ajustamento. O Transtorno de Ajustamento pode ser diagnosticado em acréscimo a um outro transtorno do Eixo I somente se este último não explica os sintomas particulares que ocorrem em reação ao estressor. Por exemplo, um indivíduo pode desenvolver Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo após perder o emprego e, ao mesmo tempo, ter um diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Uma vez que os Transtornos da Personalidade freqüentemente são exacerbados pelo estresse, um diagnóstico adicional de Transtorno de Ajustamento geralmente não é feito. Entretanto, caso ocorram sintomas que não sejam característicos do Transtorno da Personalidade em resposta a um estressor (por ex., uma pessoa com Transtorno da Personalidade Paranóide desenvolve um humor depressivo em resposta à perda do emprego), pode aplicar-se o diagnóstico adicional de Transtorno de Ajustamento. O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento exige a presença de um estressor identificável, contrastando com as apresentações atípicas ou subliminares que seriam diagnosticadas como um Transtorno Sem Outra Especificação (por ex., Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação). Caso os sintomas de Transtorno de Ajustamento persistam por mais de 6 meses após a cessação do estressor ou de suas conseqüências, o diagnóstico é mudado para um outro transtorno mental, geralmente na categoria Sem Outra Especificação correspondente. O Transtorno de Ajustamento, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o Transtorno de Estresse Agudo exigem a presença de um estressor psicossocial. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o Transtorno de Estresse Agudo caracterizam-se pela presença de um estressor extremo e uma constelação específica de sintomas. Em contrapartida, o Transtorno de Ajustamento independe da gravidade do transtorno e pode envolver uma ampla faixa de sintomas possíveis. Nos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, sintomas psicológicos, comportamentos ou outros fatores específicos [592]exacerbam, complicam o tratamento ou de outra forma aumentam o risco para desenvolvimento de uma condição médica geral. No Transtorno de Ajustamento, ocorre uma relação no sentido inverso (isto é, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao estresse de ter ou receber o diagnóstico de uma condição médica geral). Ambas as condições podem estar presentes em alguns indivíduos. O Luto geralmente é diagnosticado ao invés de Transtorno de Ajustamento, quando a reação é uma resposta previsível à morte de um ente querido. O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento pode aplicar-se quando a reação excede ou é mais prolongada do que seria esperado. O Transtorno de Ajustamento também deve ser diferenciado de outras reações não-patológicas ao estresse, que não produzem um acentuado sofrimento que excede o que se poderia esperar, nem causam prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional.

## Critérios Diagnósticos para F43.xx - Transtornos de Ajustamento

A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores).

B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos: (1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor (2) prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional (acadêmico)

C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I, nem é meramente uma exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II.

D. Os sintomas não representam Luto.

E. Cessado o estressor (ou suas conseqüências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses.

Especificar se:

Agudo: se a perturbação dura menos de 6 meses.

Crônico: se a perturbação dura 6 meses ou mais.

(Os Transtornos de Ajustamento são codificados com base no subtipo, que é selecionado de acordo com os sintomas predominantes. O estressor específico (ou estressores) pode ser especificado no Eixo IV.

- F43.20 - 309.0 Com Humor Depressivo
- F43.28 - 309.24 Com Ansiedade
- F43.22 - 09.28 Misto de Ansiedade e Depressão
- F43.24 - 309.3 Com Perturbação da Conduta
- F43.25 - 309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta
- F43.9 - 309.9 Inespecificado

## **Transtornos de Personalidade**

Esta seção começa com uma definição geral de Transtorno da Personalidade que se aplica a cada um dos 10 Transtornos da Personalidade específicos. Um Transtorno da Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo. Os Transtornos da Personalidade incluídos nesta seção estão relacionados a seguir (em azul está nesta página e as demais nas outras):

- Transtorno da Personalidade **INTRODUÇÃO**



- Transtorno da Personalidade Paranóide
- Transtorno da Personalidade Esquizóide
- Transtorno da Personalidade Esquizotípica
- Transtorno da Personalidade Anti-Social
- Transtorno da Personalidade Borderline
- Transtorno da Personalidade Histriônica
- Transtorno da Personalidade Narcisista
- Transtorno da Personalidade Esquiva
- Transtorno da Personalidade Dependente
- Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva
- Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação

Transtorno da Personalidade Paranóide é um padrão de desconfiança e suspeitas, de modo que os motivos dos outros são interpretados como malévolos.

Transtorno da Personalidade Esquizóide é um padrão de distanciamento dos relacionamentos sociais, com uma faixa restrita de expressão emocional.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica é um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção de comportamento excêntrico.

Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão de desconsideração e violação dos direitos dos outros. Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade.

Transtorno da Personalidade Histriônica é um padrão de excessiva emotividade e busca de atenção. Transtorno da Personalidade Narcisista é um padrão de grandiosidade, necessidade por admiração e falta de empatia.

Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas.

Transtorno da Personalidade Dependente é um padrão de comportamento submisso e aderente, relacionado a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle.

Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação é uma categoria oferecida para duas situações:

1) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade e existem traços de diferentes Transtornos da

Personalidade, mas não são satisfeitos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade específico; ou

2) o padrão de personalidade do indivíduo satisfaz os critérios gerais para um Transtorno da Personalidade, mas o clínico considera que o Transtorno da Personalidade apresentado não está incluído na Classificação (por ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva). Os Transtornos da Personalidade são reunidos em três agrupamentos, com base em similaridades descritivas.

### 1 - Agrupamento A

Transtornos da Personalidade Paranóide

Esquizóide

Esquizotípica

Os indivíduos com esses transtornos freqüentemente parecem "esquisitos" ou excêntricos.

### 2 - Agrupamento B

Transtornos da Personalidade Anti-Social

Borderline

Histriônica

Narcisista.

Os indivíduos com esses transtornos freqüentemente parecem dramáticos, emotivos ou erráticos.

### 3 - Agrupamento C

Transtornos da Personalidade Esquiva

Dependente

Obsessivo-Compulsiva

Os indivíduos com esses transtornos freqüentemente parecem ansiosos ou medrosos. Cabe notar que este sistema de agrupamento, embora útil em algumas situações de ensino e pesquisa, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado. Além disso, os indivíduos freqüentemente apresentam Transtornos da Personalidade concomitantes de diferentes agrupamentos.

Características Diagnósticas

Os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Apenas quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo, os traços de personalidade constituem Transtornos da Personalidade. A característica essencial do Transtorno da Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos (Critério A). Este padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B) e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar pelo menos à adolescência ou começo da idade adulta (Critério D). O padrão não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E), nem decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano) (Critério F). Critérios específicos de diagnóstico também são oferecidos para cada um dos Transtornos da Personalidade específicos incluídos nesta seção. Os itens dos conjuntos de critérios para cada um dos Transtornos da Personalidade específicos são listados em ordem de importância diagnóstica decrescente, medida por dados relevantes sobre a eficiência diagnóstica (quando disponíveis). O diagnóstico dos Transtornos da Personalidade exige uma determinação dos padrões de funcionamento do indivíduo a longo prazo, e as características particulares da personalidade devem ser evidentes no início da idade adulta. Os traços de personalidade que definem esses transtornos também devem ser diferenciados de características que emergem em resposta a estressores situacionais específicos ou estados mentais mais transitórios (por ex., Transtorno do Humor ou de Ansiedade, Intoxicação com Substância). O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações. Embora uma única entrevista com a pessoa às vezes seja suficiente para fazer o diagnóstico, habitualmente é necessário realizar várias entrevistas espaçadas ao longo do tempo. A avaliação pode ser complicada pelo fato de que as características que definem um Transtorno da Personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (isto é, os traços são ego-sintônicos). Para superar esta dificuldade, pode ser útil obter informações suplementares de outros informantes.

## Procedimentos de Registro

Os Transtornos da Personalidade são codificados no Eixo II. Quando o padrão de comportamento de um indivíduo satisfaz os critérios para mais de um Transtorno da Personalidade (como ocorre freqüentemente), o clínico deve listar todos os diagnósticos relevantes de Transtornos da Personalidade, em ordem de importância. Quando um transtorno do Eixo I não é o diagnóstico principal ou o motivo da consulta, o clínico é encorajado a indicar o Transtorno da Personalidade que constitui o diagnóstico principal ou o

motivo da consulta, anotando "Diagnóstico Principal" ou "Motivo da Consulta", entre parênteses. Na maioria dos casos, o diagnóstico principal ou motivo da consulta também é o foco principal de tratamento ou atendimento. O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação é indicado quando ocorre uma apresentação "mista", na qual não são satisfeitos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade isolado, porém existem características de diversos Transtornos da Personalidade que envolvem um prejuízo clinicamente significativo. Traços de personalidade mal-adaptativos específicos, que não atingem o limiar para um Transtorno da Personalidade, também podem ser listados no Eixo II. Nestes casos, nenhum código específico deve ser usado; por exemplo, o clínico pode registrar "Eixo II: V71.09 Nenhum diagnóstico no Eixo II, traços de personalidade histriônica". O uso de mecanismos de defesa específicos também pode ser indicado no Eixo II. Por exemplo, o clínico pode registrar "Eixo II: 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente; Uso freqüente de negação". As definições do glossário para mecanismos específicos de defesa e a Escala de Funcionamento Defensivo aparecem no Apêndice B. Quando um indivíduo apresenta um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (por ex., Esquizofrenia) que foi precedido por um Transtorno da Personalidade preexistente (por ex., Esquizotípica, Esquizóide, Paranóide), o Transtorno da Personalidade deve ser registrado no Eixo II, seguido da expressão "Pré-mórbido" entre parênteses. Por exemplo: Eixo I: 295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide; Eixo II: 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide (Pré-mórbido).

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Os juízos acerca do funcionamento da personalidade devem levar em conta a bagagem étnica, cultural e social do indivíduo. Os Transtornos da Personalidade não devem ser confundidos com problemas associados à aculturação após a imigração ou à expressão de hábitos, costumes ou valores religiosos e políticos professados pela cultura de origem do indivíduo. Especialmente na avaliação de uma pessoa de diferente origem étnica, é útil obter informações adicionais a partir de informantes familiarizados com a respectiva bagagem cultural. As categorias de Transtorno da Personalidade podem ser aplicadas a crianças ou adolescentes nos casos relativamente raros em que os traços particularmente mal-adaptativos do indivíduo parecem ser invasivos, persistentes e improvavelmente limitados a um determinado estágio evolutivo ou a um episódio de um transtorno do Eixo I. Cabe reconhecer que os traços de um Transtorno da Personalidade que aparecem na infância freqüentemente não persistem inalterados até a vida adulta. Para o diagnóstico de Transtorno da Personalidade em um indivíduo com menos de 18 anos, as características devem ter estado presentes por no mínimo 1 ano. A única exceção é representada pelo Transtorno da Personalidade Anti-Social, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos (ver p. 608). Embora, por definição, um Transtorno da Personalidade não deva ter início após os primórdios da idade adulta, os indivíduos podem não chegar à atenção clínica até uma fase relativamente tardia de suas vidas. Um Transtorno da Personalidade pode ser exacerbado após a perda de pessoas de apoio significativas (por ex., cônjuge) ou situações sociais anteriormente estabilizantes (por ex., um emprego). Entretanto, o desenvolvimento de uma

alteração da personalidade em meio à idade adulta ou mais tarde recomenda uma completa avaliação para determinar a possível presença de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral ou de um Transtorno Relacionado a Substância não reconhecidos. Certos Transtornos da Personalidade (por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social) são diagnosticados com maior frequência em homens. Outros (por ex., Transtorno da Personalidade Borderline, Histriônica e Dependente) são diagnosticados com maior frequência em mulheres. Embora essas diferenças na prevalência provavelmente reflitam diferenças reais de gênero quanto à presença desses padrões, os clínicos devem ter cautela para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar certos Transtornos da Personalidade em mulheres ou em homens, em virtude de estereótipos sociais acerca dos papéis e comportamentos típicos para o gênero.

## Curso

As características de um Transtorno da Personalidade geralmente se tornam reconhecíveis durante a adolescência ou começo da idade adulta. Por definição, um Transtorno da Personalidade é um padrão persistente e relativamente estável ao longo do tempo, no modo de pensar, sentir e se comportar. Alguns tipos de Transtornos da Personalidade (notadamente, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno da Personalidade Borderline) tendem a tornar-se menos evidentes ou a apresentar remissão com a idade, ao passo que o mesmo parece não ocorrer com alguns outros tipos (por ex., Transtornos da Personalidade Obsessivo-Compulsiva e Esquizotípica).

## Diagnóstico Diferencial

Muitos dos critérios específicos para os Transtornos da Personalidade descrevem aspectos (por ex., desconfiança, dependência ou insensibilidade) que também caracterizam episódios de transtornos mentais do Eixo I. Um Transtorno da Personalidade deve ser diagnosticado apenas quando as características definidoras apareceram antes do início da idade adulta, são típicas do funcionamento do indivíduo a longo prazo e não ocorrem exclusivamente durante um episódio de um transtorno do Eixo I. Pode ser particularmente difícil (e não particularmente útil) diferenciar entre os Transtornos da Personalidade e os transtornos do Eixo I (por ex., Transtorno Distímico) que têm um início precoce e um curso crônico e relativamente estável. Alguns Transtornos da Personalidade podem ter um relacionamento "de espectro" com determinadas condições do Eixo I (por ex., Transtorno da Personalidade Esquizotípica com Esquizofrenia; Transtorno da Personalidade Esquiva com Fobia Social), com base em semelhanças fenomenológicas ou biológicas ou agregação familiar. Para os três Transtornos da Personalidade que podem ter relação com os Transtornos Psicóticos (isto é, Paranóide, Esquizóide e Esquizotípico), existe um critério de exclusão, afirmando que o padrão de comportamento não deve ter ocorrido exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos ou um

outro Transtorno Psicótico. Quando um indivíduo tem um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (por ex., Esquizofrenia) que foi precedido por um Transtorno da Personalidade preexistente, o Transtorno da Personalidade deve também ser registrado no Eixo II, seguido da expressão "Pré-Mórbido", entre parênteses. O clínico deve ter cautela ao diagnosticar Transtornos da Personalidade durante um episódio de Transtorno do Humor ou um Transtorno de Ansiedade, porque essas condições podem ter aspectos sintomáticos transeccionais que imitam traços de personalidade, podendo dificultar a avaliação retrospectiva dos padrões de funcionamento a longo prazo do indivíduo. Quando alterações de personalidade emergem e persistem após a exposição de um indivíduo a um estresse extremo, um diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático deve ser considerado. Quando uma pessoa tem um Transtorno Relacionado a Substâncias, é importante não fazer um diagnóstico de Transtorno da Personalidade com base unicamente em comportamentos resultantes de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância ou associados com atividades a serviço da manutenção de uma dependência (por ex., comportamento anti-social). Quando alterações persistentes da personalidade surgem como resultado dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., tumor cerebral), um diagnóstico de Transtorno da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral deve ser considerado. Os Transtornos da Personalidade devem ser diferenciados de traços de personalidade que não atingem o limiar para um Transtorno da Personalidade. Os traços de personalidade são diagnosticados como Transtorno da Personalidade apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam significativo prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo.

### Critérios Diagnósticos para um Transtorno da Personalidade

A. Um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

(1) cognição (isto é, modo de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos)

(2) afetividade (isto é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional)

(3) funcionamento interpessoal

(4) controle dos impulsos

B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.

C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.

E. O padrão persistente não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

F. O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano).

## Modelos Dimensionais para Transtornos da Personalidade

O enfoque diagnóstico usado neste manual representa a perspectiva categórica de que os Transtornos da Personalidade representam síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa ao enfoque categórico é a perspectiva dimensional de que os Transtornos da Personalidade representam variações mal-adaptativas de traços de personalidade que imperceptivelmente se fundem com a normalidade e uns com os outros. Muitas tentativas já foram feitas no sentido de identificar as dimensões mais fundamentais subjacentes a todo o domínio do funcionamento normal e patológico da personalidade. Um modelo consiste das cinco dimensões seguintes: neuroticidade, introversão versus extroversão, fechamento versus abertura à experiência, antagonismo versus concordância, e conscienciosidade. Um outro enfoque consiste em descrever áreas mais específicas de disfunção da personalidade, incluindo até 15-40 dimensões (por ex., reatividade afetiva, apreensão social, distorção cognitiva, impulsividade, não-sinceridade, egocentrismo). Outras dimensões estudadas incluem busca de novidades, dependência de incentivos, esquiva de perigos, dominância, afiliação, acanhamento, persistência, emocionalidade positiva versus emocionalidade negativa, busca do prazer versus esquiva da dor, acomodação passiva versus modificação ativa e auto-expansão versus apoio ao crescimento de outros. Os agrupamentos dos Transtornos da Personalidade do DSM-IV (isto é, esquisito-excêntrico, dramático-emotivo e ansioso-medroso) também podem ser vistos como dimensões que representam espectros de disfunções da personalidade em um continuum com transtornos mentais do Eixo I. A relação dos vários modelos dimensionais com as categorias diagnósticas dos Transtornos da Personalidade e com os variados aspectos das disfunções da personalidade ainda permanece sob investigação.

### **F60.0 - 301.0 - Personalidade Paranóide**

## Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Paranóide é um padrão invasivo de desconfiança e suspeita quanto aos outros, de modo que seus motivos são interpretados como malévolos. Este padrão tem início no começo da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com o transtorno supõem que as outras pessoas os exploram, prejudicam ou enganam, ainda que não exista qualquer evidência apoiando esta idéia (Critério A1). Eles suspeitam, com base em poucas ou nenhuma evidência, que os outros estão conspirando contra eles e que poderão atacá-los subitamente, a qualquer momento e sem qualquer razão. Estes indivíduos costumam acreditar que foram profunda e irreversivelmente prejudicados por outra(s) pessoa(s), mesmo que para tal não existam evidências objetivas. Eles preocupam-se com dúvidas infundadas quanto à lealdade e confiabilidade de seus amigos ou colegas, cujas ações são minuciosamente examinadas em busca de evidências de intenções hostis (Critério A2). Qualquer desvio percebido na confiabilidade ou lealdade serve para apoiar suas suposições básicas. Eles sentem-se tão perplexos quando um amigo ou colega lhes demonstra lealdade que não conseguem confiar ou acreditar. Quando enfrentam dificuldades, esperam ser atacados ou ignorados por amigos e colegas. Os indivíduos com este transtorno relutam em ter confiança ou intimidade com outras pessoas, pelo medo de que as informações que compartilham sejam usadas contra eles (Critério A3). Eles podem recusar-se a responder a perguntas pessoais, afirmando que as informações "não são da conta de ninguém". Eles lêem significados ocultos, humilhantes e ameaçadores em comentários ou observações benignas (Critério A4). Por exemplo, um indivíduo com este transtorno pode interpretar um engano genuíno cometido por um balconista como uma tentativa deliberada de enganá-lo no troco, ou pode interpretar uma observação bem-humorada e casual feita por um colega de trabalho como um sério ataque a seu caráter. Elogios freqüentemente são mal interpretados (por ex., um cumprimento por uma nova aquisição é interpretado como uma crítica a seu egoísmo; um elogio por uma conquista é interpretado como uma tentativa de forçá-lo a um desempenho maior e melhor). Eles podem interpretar uma oferta de auxílio como uma crítica por não estarem fazendo o suficiente por conta própria. Os indivíduos com este transtorno guardam rancores persistentes e relutam em perdoar os insultos, ofensas ou deslizes dos quais pensam ter sido vítimas (Critério A5). Pequenos deslizes causam grande hostilidade, e os sentimentos hostis persistem por muito tempo. Uma vez que estão constantemente vigilantes quanto às intenções nocivas dos outros, eles acham, muito freqüentemente, que seu caráter ou reputação foram atacados ou que de alguma forma foram menosprezados. Seu contra-ataque é rápido e reagem com raiva aos insultos percebidos (Critério A6). Os indivíduos com este transtorno podem ser patologicamente ciumentos, freqüentemente suspeitando da fidelidade de seu cônjuge ou parceiro sexual, sem qualquer justificativa adequada (Critério A7). Eles podem coletar "evidências" triviais e circunstanciais para apoiarem suas crenças ciumentas. Desejam manter um completo controle de relacionamentos íntimos para evitar traições, podendo constantemente questionar o paradeiro, as ações, intenções e fidelidade do cônjuge ou parceiro. O Transtorno da Personalidade Paranóide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante



o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, ou outro Transtorno Psicótico, ou se é decorrente de efeitos fisiológicos diretos de uma condição neurológica (por ex., epilepsia do lobo temporal) ou de outra condição médica geral (Critério B).

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide são, em geral, pessoas de difícil convivência, e com frequência enfrentam problemas com relacionamentos íntimos. Suas desconfianças e excessiva hostilidade podem ser expressadas em discussões agressivas, queixas recorrentes ou afastamento silencioso e visivelmente hostil. Como são hipervigilantes para possíveis ameaças, eles podem comportar-se de maneira reservada, velada ou desviante e parecer "frios" e sem sentimentos de ternura. Embora possam parecer objetivas, racionais e não-emocionais, estas pessoas exibem, mais frequentemente, uma labilidade afetiva, com predomínio de expressões hostis, obstinadas e sarcásticas. Sua natureza combativa e desconfiada pode provocar uma resposta hostil dos outros, o que então serve para confirmar suas expectativas originais. Uma vez que os indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide não confiam nos outros, eles têm uma necessidade excessiva de auto-suficiência e um forte sentido de autonomia. Eles também precisam ter um alto grau de controle sobre as pessoas à sua volta. Esses indivíduos frequentemente são rígidos, críticos em relação aos outros e incapazes de colaborar, embora tenham grande dificuldade em aceitar críticas a eles mesmos. Eles podem culpar os outros por suas dificuldades. Em vista de sua rapidez para contra-atacar em resposta às ameaças que percebem à sua volta, podem ser litigantes e frequentemente se envolver em disputas legais. Os indivíduos com este transtorno tentam confirmar suas noções negativas pré-concebidas envolvendo pessoas ou situações que encontram, atribuindo motivações malévolas aos outros, que na verdade não passam de projeções de seus próprios temores. Eles podem apresentar fantasias grandiosas e irrealistas fracamente encobertas, em geral estão atentos a temas de poder e hierarquia e tendem a desenvolver estereótipos negativos de outros, particularmente de grupos populacionais distintos. Atraídos por formulações simplistas do mundo, eles frequentemente evitam situações ambíguas. Estes indivíduos podem ser percebidos como "fanáticos" e formar "cultos" ou grupos estreitamente fechados com outros que compartilham seu sistema de crenças paranóides. Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com este transtorno podem vivenciar episódios psicóticos muito breves (durando de minutos a horas). Em alguns casos, o Transtorno da Personalidade Paranóide pode aparecer como antecedente pré-mórbido do Transtorno Delirante ou da Esquizofrenia. Os indivíduos com este transtorno podem desenvolver um Transtorno Depressivo Maior e estar em risco aumentado para Agorafobia e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Frequentemente ocorrem Abuso ou Dependência de Álcool ou de outra substância. Os Transtornos da Personalidade concomitantes mais frequentes parecem ser os Transtornos da Personalidade Esquizotípica, Esquizóide, Narcisista, Esquiva e Borderline.

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Alguns comportamentos influenciados pelo contexto sócio-cultural ou circunstâncias de vida específicas podem ser erroneamente rotulados como paranóides e até mesmo ser reforçados pelo processo de avaliação clínica. Os membros de grupos minoritários, imigrantes, refugiados políticos e econômicos ou indivíduos de diferentes bagagens étnicas podem apresentar comportamentos reservados ou defensivos, devido à falta de familiaridade (por ex., barreiras lingüísticas ou falta de conhecimento de regras e regulamentos) ou em resposta a uma negligência ou indiferença percebida da parte da sociedade majoritária. Esses comportamentos, por sua vez, podem gerar raiva e frustração nas pessoas que lidam com esses indivíduos, desta forma estabelecendo-se um círculo vicioso de desconfiança mútua, que não deve ser confundido com Transtorno da Personalidade Paranóide. Alguns grupos étnicos também exibem comportamentos relacionados à cultura, que podem ser erroneamente interpretados como paranóides. O Transtorno da Personalidade Paranóide pode manifestar-se pela primeira vez na infância e adolescência, por uma tendência a ficar solitário, fracos relacionamentos com seus pares, ansiedade social, baixo rendimento escolar, suscetibilidade excessiva, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias idiossincráticas. Essas crianças podem parecer "esquisitas" ou "excêntricas" e provocar zombaria. Em amostras clínicas, este transtorno parece ser diagnosticado com maior freqüência em homens.

## Prevalência

A prevalência relatada do Transtorno da Personalidade Paranóide é de 0,5-2,5% na população geral, 10-30% em contextos de internação psiquiátrica e 2-10% em ambulatórios de saúde mental.

## Padrão Familiar

Existem algumas evidências de maior prevalência do Transtorno da Personalidade Paranóide em parentes de probandos com Esquizofrenia crônica e de um relacionamento familiar mais específico com o Transtorno Delirante, Tipo Persecutório.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Paranóide pode ser diferenciado de Transtorno Delirante, Tipo Persecutório, Esquizofrenia, Tipo Paranóide e Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos porque esses transtornos são caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (por ex., delírios e alucinações). Para que haja um diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Paranóide, o Transtorno da Personalidade deve ter estado presente antes do início dos sintomas psicóticos e persistir quando os

sintomas psicóticos estiverem em remissão. Quando um indivíduo tem um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (por ex., Esquizofrenia) precedido por um Transtorno da Personalidade Paranóide, este deve ser registrado no Eixo II seguido da expressão "Pré-Mórbido", entre parênteses. O Transtorno da Personalidade Paranóide deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser distinguido de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína, Sem Outra Especificação). Finalmente, ele deve ser distinguido também de traços paranóides associados com o desenvolvimento de deficiências físicas (por ex., um prejuízo auditivo). Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Paranóide, por terem certas características em comum. Portanto, é importante distinguir esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Paranóide, todos podem ser diagnosticados. O Transtorno da Personalidade Paranóide e o Transtorno da Personalidade Esquizotípica compartilham os traços de desconfiança, distanciamento interpessoal e ideação paranóide, mas o Transtorno da Personalidade Esquizotípica também inclui sintomas tais como pensamento mágico, experiências perceptivas incomuns e pensamento e discurso esquisitos. Os indivíduos com comportamentos que satisfazem os critérios para Transtorno da Personalidade Esquizóide freqüentemente são percebidos como estranhos, excêntricos, frios e distantes, mas geralmente não possuem ideação paranóide proeminente. A tendência dos indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide a reagir com raiva a estímulos menores também é vista nos Transtornos da Personalidade Borderline e Histriônica. Entretanto, esses transtornos não estão associados, necessariamente, com desconfianças invasivas. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva também podem relutar em confiar em outras pessoas, porém mais por causa do medo de sentirem embaraço ou serem considerados inadequados do que por medo das intenções maldosas dos outros. Embora um comportamento anti-social possa estar presente em alguns indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide, ele geralmente não é motivado por um desejo de obter vantagens pessoais ou explorar os outros, como no Transtorno da Personalidade Anti-Social, porém se deve, mais freqüentemente, a um desejo de vingança. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista podem às vezes apresentar desconfianças, retraimento ou afastamento social, mas estes derivam principalmente do medo de que sejam reveladas suas falhas ou imperfeições. Os traços paranóides podem ser adaptativos, particularmente em ambientes ameaçadores. O Transtorno da Personalidade Paranóide deve ser diagnosticado apenas quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo significativo ou sofrimento subjetivo.

## Critérios Diagnósticos para F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide

A. Um padrão de desconfiança e suspeitas invasivas em relação aos outros, de modo que seus motivos são interpretados como malévolos, que começa no início da idade adulta e se apresenta em uma variedade de contextos, como indicado por pelo menos quatro dos seguintes critérios:

(1) suspeita, sem fundamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado pelos outros

(2) preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas

(3) reluta em confiar nos outros por um medo infundado de que essas informações possam ser maldosamente usadas contra si

(4) interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador, em observações ou acontecimentos benignos

(5) guarda rancores persistentes, ou seja, é implacável com insultos, injúrias ou deslizes

(6) percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque (7) tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos ou outro Transtorno Psicótico, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Nota: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar "Pré-Mórbido", por ex., "Transtorno da Personalidade Paranóide (Pré-Mórbido)".

### **F60.1 - 301.20 - Personalidade Esquizóide**

#### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquizóide é um padrão invasivo de distanciamento de relacionamentos sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais. Este padrão começa no início da idade adulta e se apresenta em variados contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizóide parecem não possuir um desejo de intimidade, mostram-se indiferentes às

oportunidades de desenvolver relacionamentos íntimos, e parecem não obter muita satisfação do fato de fazerem parte de uma família ou de outro grupo social (Critério A1). Eles preferem passar seu tempo sozinhos a estarem com outras pessoas. Com freqüência, parecem ser socialmente isolados ou "solitários", quase sempre escolhendo atividades ou passatempos solitários que não envolvam a interação com outras pessoas (Critério A2). Eles preferem tarefas mecânicas ou abstratas, tais como jogos matemáticos ou de computador. Podem ter pouco interesse em experiências sexuais com outra pessoa (Critério A3) e têm prazer em poucas atividades (se alguma) (Critério A4). Existe, geralmente, uma experiência reduzida de prazer em experiências sensoriais, corporais ou interpessoais, tais como caminhar na praia ao pôr-do-sol ou fazer sexo. Esses indivíduos não têm amigos íntimos ou confidentes, exceto, possivelmente, algum parente em primeiro grau (Critério A5). Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizóide freqüentemente se mostram indiferentes à aprovação ou crítica e parecem não se importar com o que os outros possam pensar deles (Critério A6). Eles podem ignorar as sutilezas normais da interação social e com freqüência não respondem adequadamente aos indicadores sociais, de modo que parecem socialmente ineptos ou superficiais e absortos consigo mesmos. Eles geralmente exibem um exterior "insosso", sem reatividade emocional visível, e raramente retribuem gestos ou expressões faciais, tais como sorrisos ou acenos (Critério A7). Afirmam que raramente experimentam fortes emoções, tais como raiva e alegria, freqüentemente exibem um afeto restrito e parecem frios e indiferentes. Entretanto, em circunstâncias muito incomuns nas quais estes indivíduos, pelo menos temporariamente, sentem-se mais à vontade para se revelarem, podem reconhecer sentimentos dolorosos, particularmente relacionados a interações sociais. O Transtorno da Personalidade Esquizóide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ou se é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição neurológica (por ex., epilepsia do lobo temporal) ou outra condição médica geral (Critério B).

## Características e Transtornos Associado

s Indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizóide podem ter uma particular dificuldade para expressar raiva, mesmo em resposta à provocação direta, o que contribui para a impressão de não possuírem emoções. Suas vidas freqüentemente parecem não ter um rumo, parecendo "andar a esmo", em termos de metas. Esses indivíduos muitas vezes reagem passivamente a circunstâncias adversas e têm dificuldade em responder adequadamente a acontecimentos importantes de suas vidas. Em vista de sua falta de habilidades sociais e de desejo de ter experiências sexuais, os indivíduos com este transtorno têm poucos relacionamentos, encontros românticos infreqüentes e comumente não se casam. O funcionamento ocupacional pode estar prejudicado, particularmente se houver necessidade de envolvimento pessoal, mas os indivíduos com este transtorno podem sair-se bem quando trabalham em condições de isolamento social. Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com este transtorno

podem vivenciar episódios psicóticos muito breves (durando de minutos a horas). Em alguns casos, o Transtorno da Personalidade Esquizóide pode aparecer como antecedente pré-mórbido de Transtorno Delirante ou Esquizofrenia. Os indivíduos com este transtorno podem, por vezes, desenvolver um Transtorno Depressivo Maior. O Transtorno da Personalidade Esquizóide co-ocorre mais freqüentemente com os Transtornos da Personalidade Esquizotípica, Paranóide e Esquiva.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Os indivíduos de variados contextos culturais por vezes exibem comportamentos defensivos e estilos interpessoais que podem ser erroneamente rotulados de esquizóides. Por exemplo, os indivíduos que se mudam de ambientes rurais para áreas metropolitanas podem reagir com uma "paralisia emocional" que pode perdurar por vários meses e se manifestar por atividades solitárias, afeto restrito e outros déficits de comunicação. Os imigrantes de outros países às vezes são erroneamente percebidos como frios, hostis ou indiferentes. O Transtorno da Personalidade Esquizóide pode aparecer pela primeira vez na infância ou adolescência na forma de solidão, fracos relacionamentos com seus pares e baixo rendimento escolar, o que pode deixar essas crianças e adolescentes marcados como diferentes e sujeitos a zombarias. O Transtorno da Personalidade Esquizóide é diagnosticado com uma freqüência levemente superior em homens, nos quais pode causar maior comprometimento.

### Prevalência

O Transtorno da Personalidade Esquizóide é raro em contextos clínicos.

### Padrão Familiar

O Transtorno da Personalidade Esquizóide pode ter uma prevalência maior entre os parentes de indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno da Personalidade Esquizotípica.

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Esquizóide pode ser diferenciado de Transtorno Delirante, Esquizofrenia e Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, uma vez que todos esses transtornos caracterizam-se por um período de sintomas psicóticos persistentes (por ex., delírios e alucinações). Para um diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquizóide, este deve ter estado presente antes do início dos sintomas psicóticos e persistir após a remissão destes. Quando um indivíduo tem um Transtorno

Psicótico crônico do Eixo I (por ex., Esquizofrenia) que foi precedido pelo Transtorno da Personalidade Esquizóide, este último deve ser registrado no Eixo II, seguido da expressão "Pré-Mórbido", entre parênteses. Pode ser muito difícil distinguir entre indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizóide e aqueles com formas mais leves de Transtorno Autista e com Transtorno de Asperger. As formas mais leves de Transtorno Autista e o Transtorno de Asperger distinguem-se por uma interação social mais severamente prejudicada e estereotipia de comportamentos e interesses. O Transtorno da Personalidade Esquizóide deve ser distinguido de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, em que os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser diferenciado de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Esquizóide, por terem certos aspectos em comum, o que torna importante distinguir esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Esquizóide, todos podem ser diagnosticados. Embora as características de isolamento social e afetividade restrita sejam comuns aos Transtornos da Personalidade Esquizóide, Esquizotípica e Paranóide, o Transtorno da Personalidade Esquizóide pode ser diferenciado do Transtorno da Personalidade Esquizotípica pela falta de distorções cognitivas ou perceptivas e do Transtorno da Personalidade Paranóide, pela falta de desconfianças e ideação paranóide. O isolamento social do Transtorno da Personalidade Esquizóide pode ser diferenciado daquele do Transtorno da Personalidade Esquiva, que é devido ao medo de sentir embaraço ou ser considerado inadequado e a uma excessiva previsão de rejeição. Em contraste, as pessoas com Transtorno da Personalidade Esquizóide têm um distanciamento mais abrangente e pouco desejo de intimidade social. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva também podem apresentar um aparente distanciamento social, oriundo da dedicação ao trabalho e do desconforto com as emoções, mas eles têm uma capacidade básica para a intimidade. Os indivíduos "solitários" podem exibir traços de personalidade que poderiam ser considerados esquizóides, porém eles apenas constituem um Transtorno da Personalidade Esquizóide quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

#### Critérios Diagnósticos para F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide

A. Um padrão invasivo de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por pelo menos quatro dos seguintes critérios:

- (1) não deseja nem gosta de relacionamentos íntimos, incluindo fazer parte de uma família
- (2) quase sempre opta por atividades solitárias
- (3) manifesta pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa
- (4) tem prazer em poucas atividades, se alguma
- (5) não tem amigos íntimos ou confidentes, outros que não parentes em primeiro grau
- (6) mostra-se indiferente a elogios ou críticas de outros
- (7) demonstra frieza emocional, distanciamento ou afetividade embotada.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Nota: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar "Pré-Mórbido", por ex., "Transtorno da Personalidade Esquizóide (Pré-Mórbido)".

## **F21 - 301.22 - Esquizotípica**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquizotípica é um padrão invasivo de déficits sociais e interpessoais, marcado por agudo desconforto e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica muitas vezes têm idéias de referência (isto é, interpretações incorretas de incidentes casuais e acontecimentos externos como se tivessem um significado particular e incomum, especificamente destinado a eles) (Critério A1). Estas idéias devem ser diferenciadas dos delírios de referência, nos quais as crenças são mantidas com convicção delirante. Esses indivíduos podem ser supersticiosos ou preocupar-se com fenômenos paranormais que estão fora das normas de sua subcultura (Critério A2). Eles podem pensar que possuem poderes especiais de pressentir acontecimentos ou de ler os pensamentos de outras pessoas. Eles podem crer que possuem um controle mágico sobre os outros, o qual pode ser implementado diretamente (por ex., acreditar que o cônjuge está levando o cachorro para passear na rua porque ele pensou que isto deveria ser feito uma hora atrás) ou indiretamente, através do cumprimento de rituais mágicos (por ex., passar por um determinado objeto três vezes, para evitar certa consequência funesta). Alterações da percepção



podem estar presentes (por ex., sentir a presença de outra pessoa ou ouvir uma voz murmurando seu nome) (Critério A3). Seu discurso pode incluir construções idiossincráticas, sendo freqüentemente desconexo, digressivo ou vago, porém sem um real descarrilamento ou incoerência (Critério A4). As respostas podem ser demasiadamente concretas ou abstratas, e as palavras ou conceitos ocasionalmente são aplicados de maneira incomum (por ex., a pessoa pode afirmar que não estava "conversável" no trabalho). Os indivíduos com este transtorno são freqüentemente desconfiados, podendo ter ideação paranóide (por ex., acreditar que os colegas de trabalho estão decididos a estragar sua reputação junto ao chefe) (Critério A5). Eles geralmente não são capazes de lidar com toda a faixa de afetos e indicadores interpessoais necessários para relacionamentos bem-sucedidos, de modo que muitas vezes parecem interagir com os outros de maneira inadequada, rígida ou constricta (Critério A6). Esses indivíduos muitas vezes são considerados esquisitos ou excêntricos por causa dos maneirismos incomuns, pelo seu modo desleixado de vestir-se, no qual "nada combina com nada", bem como por sua desatenção às convenções sociais habituais (por ex., evitar o contato visual, usar roupas manchadas de tinta e que não servem, ser incapaz de participar de "bate-papos" com os colegas) (Critério A7). Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica vivenciam os relacionamentos interpessoais como problemáticos e sentem desconforto na interação com outras pessoas. Embora possam expressar infelicidade acerca de sua falta de relacionamentos, seu comportamento sugere pouco desejo de ter contatos íntimos. Como resultado, eles habitualmente têm poucos ou nenhum amigo íntimo ou confidente, exceto algum parente em primeiro grau (Critério A8). Eles sentem-se ansiosos em situações sociais, particularmente aquelas envolvendo estranhos (Critério A9). Estes indivíduos interagem com os outros quando precisam, mas preferem ficar sós, por acharem que são diferentes e simplesmente não "se encaixam". Sua ansiedade social não cede com facilidade, mesmo quando passam mais tempo no contexto ou se familiarizam com as outras pessoas, porque a ansiedade tende a estar associada com suspeitas acerca das motivações dos outros. Por exemplo, ao comparecer a um jantar, o indivíduo com Transtorno da Personalidade Esquizotípica não relaxa com o passar do tempo, mas, ao contrário, pode tornar-se ainda mais tenso e desconfiado. O Transtorno da Personalidade Esquizotípica não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério B).

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica freqüentemente buscam tratamento para os sintomas associados de ansiedade, depressão ou outros afetos disfóricos, ao invés de para os próprios aspectos do transtorno da personalidade. Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com este transtorno podem vivenciar episódios psicóticos transitórios (durando de minutos a horas), embora em geral sejam de duração suficiente para indicarem um diagnóstico adicional, como Transtorno Psicótico Breve ou Transtorno Esquizofreniforme. Em alguns casos

podem desenvolver-se sintomas psicóticos clinicamente significativos que satisfazem os critérios para Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Esquizofrenia. Mais da metade dos indivíduos podem ter uma história de pelo menos um Episódio Depressivo Maior. Cerca de 30 a 50% dos indivíduos diagnosticados com este transtorno têm um diagnóstico concomitante de Transtorno Depressivo Maior, quando admitidos em um contexto clínico. Existe uma considerável co-ocorrência de Transtornos da Personalidade Esquizóide, Paranóide, Esquiva e Borderline.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As distorções cognitivas e perceptivas devem ser avaliadas no contexto do meio cultural do indivíduo. Características gerais determinadas pela cultura, particularmente aquelas relativas a crenças e rituais religiosos, podem parecer esquizotípicas aos olhos de pessoas desinformadas (por ex., vodu, falar em línguas, vida após a morte, bruxaria, ler mentes, sexto sentido, mau olhado e crenças mágicas relacionadas à saúde e doença). O Transtorno da Personalidade Esquizotípica pode manifestar-se pela primeira vez na infância e adolescência, na forma de solidão, fracos relacionamentos com seus pares, ansiedade social, baixo rendimento escolar, excessiva suscetibilidade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias bizarras. Essas crianças podem parecer "esquisitas" ou "excêntricas" e atrair zombarias. O Transtorno da Personalidade Esquizotípica pode ser ligeiramente mais comum no sexo masculino.

### Prevalência

Há relatos de que o Transtorno da Personalidade Esquizotípica ocorre em aproximadamente 3% da população geral.

### Curso

O Transtorno da Personalidade Esquizotípica tem um curso relativamente estável, sendo que apenas uma pequena parcela dos indivíduos desenvolve Esquizofrenia ou algum outro Transtorno Psicótico.

### Padrão Familiar

O Transtorno da Personalidade Esquizotípica parece agregar-se nas famílias e ter maior prevalência entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Esquizofrenia do que na população geral. Também pode haver uma incidência discretamente maior de Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos entre os parentes de probandos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Esquizotípica pode ser diferenciado de Transtorno Delirante, Esquizofrenia e Transtorno de Humor Com Aspectos Psicóticos, pelo fato de que esses transtornos são caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (por ex., delírios e alucinações). Para um diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquizotípica, este deve ter estado presente antes do início dos sintomas psicóticos e persistir após a remissão destes. Quando um indivíduo tem um Transtorno Psicótico crônico do Eixo I (por ex., Esquizofrenia) que foi precedido pelo Transtorno da Personalidade Esquizotípica, este último deve ser registrado no Eixo II seguido da expressão "Pré-mórbido", entre parênteses. Pode ser muito difícil distinguir as crianças com Transtorno da Personalidade Esquizotípica do grupo heterogêneo de crianças solitárias e esquisitas cujo comportamento se caracteriza por acentuado isolamento social, excentricidade ou peculiaridades da linguagem e cujos diagnósticos seriam provavelmente de formas leves de Transtorno Autista, Transtorno de Asperger, Transtorno da Linguagem Expressiva e Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva. Os Transtornos da Comunicação podem ser diferenciados pela primazia e gravidade do distúrbio de linguagem, acompanhado de esforços compensatórios da criança para comunicar-se por outros meios (por ex., por gestos) e pelos aspectos característicos de prejuízo da linguagem encontrados em uma avaliação especializada da linguagem. As formas mais leves de Transtorno Autista e Transtorno de Asperger distinguem-se pela falta ainda maior de consciência social e reciprocidade emocional e por comportamentos e interesses estereotipados. O Transtorno da Personalidade Esquizotípica deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser diferenciado de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Esquizotípica por terem certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Esquizotípica, todos podem ser diagnosticados. Embora os Transtornos da Personalidade Paranóide e Esquióide possam também ser caracterizados por distanciamento social e afeto restrito, o Transtorno da Personalidade Esquizotípica pode ser distinguido destes dois diagnósticos pela presença de distorções cognitivas ou perceptivas e acentuada excentricidade ou esquisitice. Os relacionamentos íntimos são limitados tanto no Transtorno da Personalidade Esquizotípica quanto no Transtorno da Personalidade Esquiva; entretanto, no Transtorno da Personalidade Esquiva, um desejo ativo de ter relacionamentos é restringido pelo medo da rejeição, ao passo que no Transtorno da Personalidade Esquizotípica existe uma falta de desejo de ter relacionamentos e um distanciamento persistente. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade

Narcisista podem também manifestar suspeitas, retraimento ou afastamento social, mas neste caso essas qualidades derivam-se principalmente do medo de que sejam reveladas suas imperfeições ou falhas. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline também podem ter sintomas transitórios do tipo psicótico, mas estes em geral estão mais estreitamente relacionados com alterações afetivas em resposta ao estresse (por ex., raiva intensa, ansiedade ou decepção) e em geral são mais dissociativos (por ex., desrealização ou despersonalização). Em contrapartida, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica estão mais propensos a terem sintomas tipo psicóticos persistentes que podem piorar sob estresse, mas tendem menos a estar invariavelmente associados com sintomas afetivos pronunciados. Embora o isolamento social possa ocorrer no Transtorno da Personalidade Borderline, este geralmente é secundário a fracassos interpessoais repetidos devido a ataques de raiva e freqüentes alterações do humor, ao invés de resultar de uma falta persistente de contatos sociais e de desejo por intimidade. Além disso, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica em geral não apresentam os comportamentos impulsivos ou manipuladores do indivíduo com Transtorno da Personalidade Borderline. Entretanto, existe uma alta taxa de co-ocorrência entre os dois transtornos, de modo que a distinção entre ambos nem sempre é possível. Características esquizotípicas durante a adolescência podem refletir um distúrbio emocional transitório, ao invés de um transtorno da personalidade persistente.

#### Critérios Diagnósticos para F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica

A. Um padrão invasivo de déficits sociais e interpessoais, marcado por desconforto agudo e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:

(1) idéias de referência (excluindo delírios de referência)

(2) crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas da subcultura do indivíduo (por ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou "sexto sentido"; em crianças e adolescentes, fantasias e preocupações bizarras)

(3) experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões somáticas

(4) pensamento e discurso bizarros (por ex., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado)

(5) desconfiança ou ideação paranóide (

6) afeto inadequado ou constrito

(7) aparência ou comportamento esquisito, peculiar ou excêntrico

(8) não tem amigos íntimos ou confidentes, exceto parentes em primeiro grau (

9) ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada com temores paranóides, ao invés de julgamentos negativos acerca de si próprio

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

Nota: Se os critérios são satisfeitos antes do início de Esquizofrenia, acrescentar "Pré-Mórbido", por ex., "Transtorno da Personalidade Esquizotípica (Pré-Mórbido)".

## **F60.2 - 301.7 - Anti-Social**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na idade adulta. Este padrão também é conhecido como psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial. Uma vez que o engodo e a manipulação são aspectos centrais do Transtorno da Personalidade Anti-Social, pode ser de especial utilidade integrar as informações adquiridas pela avaliação clínica sistemática com informações coletadas a partir de fontes colaterais. Para receber este diagnóstico, o indivíduo deve ter pelo menos 18 anos (Critério B) e ter tido uma história de alguns sintomas de Transtorno da Conduta antes dos 15 anos (Critério C). O Transtorno da Conduta envolve um padrão de comportamento repetitivo e persistente, no qual ocorre violação dos direitos básicos dos outros ou de normas ou regras sociais importantes e adequadas à idade. Os comportamentos específicos característicos do Transtorno da Conduta ajustam-se a uma dentre quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, defraudação ou furto, ou séria violação de regras. O padrão de comportamento anti-social persiste pela idade adulta. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social não se conformam às normas pertinentes a um comportamento dentro de parâmetros legais (Critério A1). Eles podem realizar repetidos atos que constituem motivo de detenção (quer sejam presos ou não), tais como destruir propriedade alheia, importunar os outros, roubar ou dedicar-se à contravenção. As pessoas com este transtorno desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos alheios. Frequentemente enganam ou manipulam os outros, a fim de obter vantagens pessoais ou prazer (por ex., para obter dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Podem mentir repetidamente, usar nomes falsos, ludibriar ou fingir. Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por um fracasso em planejar o

futuro (Critério A3). As decisões são tomadas ao sabor do momento, de maneira impensada e sem considerar as conseqüências para si mesmo ou para outros, o que pode levar a mudanças súbitas de empregos, de residência ou de relacionamentos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social tendem a ser irritáveis ou agressivos e podem repetidamente entrar em lutas corporais ou cometer atos de agressão física (inclusive espancamento do cônjuge ou dos filhos) (Critério A4). Os atos agressivos cometidos em defesa própria ou de outra pessoa não são considerados evidências para este quesito. Esses indivíduos também exibem um desrespeito imprudente pela segurança própria ou alheia (Critério A5), o que pode ser evidenciado pelo seu comportamento ao dirigir (excesso de velocidade recorrente, dirigir intoxicado, acidentes múltiplos). Eles podem engajar-se em um comportamento sexual ou de uso de substâncias com alto risco de conseqüências danosas. Eles podem negligenciar ou deixar de cuidar de um filho, de modo a colocá-lo em perigo. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social também tendem a ser consistente e extremamente irresponsáveis (Critério A6). O comportamento laboral irresponsável pode ser indicado por períodos significativos de desemprego apesar de oportunidades disponíveis, ou pelo abandono de vários empregos sem um plano realista de conseguir outra colocação. Pode também haver um padrão de faltas repetidas ao trabalho, não explicadas por doença própria ou na família. A irresponsabilidade financeira é indicada por atos tais como inadimplência e deixar regularmente de prover o sustento dos filhos ou de outros dependentes. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social demonstram pouco remorso pelas conseqüências de seus atos (Critério A7). Eles podem mostrar-se indiferentes ou oferecer uma racionalização superficial para terem ferido, maltratado ou roubado alguém (por ex., "a vida é injusta", "perdedores merecem perder" ou "isto iria acontecer de qualquer modo"). Esses indivíduos podem culpar suas vítimas por serem tolas, impotentes ou por terem o destino que merecem; podem minimizar as conseqüências danosas de suas ações, ou simplesmente demonstrar completa indiferença. Estes indivíduos em geral não procuram compensar ou emendar sua conduta. Eles podem acreditar que todo mundo está aí para "ajudar o número um" e que não se deve respeitar nada nem ninguém, para não ser dominado. O comportamento anti-social não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou de um Episódio Maníaco (Critério D).

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social freqüentemente não possuem empatia e tendem a ser insensíveis e cínicos e a desprezar os sentimentos, direitos e sofrimentos alheios. Eles podem ter uma auto-estima enfatuada e arrogante (por ex., achar que um trabalho comum não está à sua altura, ou não ter uma preocupação realista com seus problemas atuais ou seu futuro) e podem ser excessivamente opiniáticos, auto-suficientes ou vaidosos. Eles podem exibir um encanto superficial e não-sincero, ser bastante volúveis e ter facilidade com as palavras (por ex., usar termos técnicos ou jargão capazes de impressionar alguém não familiarizado com o assunto). Falta de empatia, auto-estima enfatuada e encanto superficial são aspectos habitualmente incluídos nos conceitos tradicionais de

psicopatia e podem ser particularmente distintivos do Transtorno da Personalidade Anti-Social em contextos forenses ou penitenciários, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos tendem a ser inespecíficos. Esses indivíduos podem também ser irresponsáveis e exploradores em seus relacionamentos sexuais. Eles podem ter uma história de múltiplos parceiros sexuais, sem jamais ter mantido um relacionamento monogâmico. Essas pessoas podem ser irresponsáveis na condição de pai ou mãe, o que se evidencia por desnutrição ou doença em um filho, resultante da falta de cuidados mínimos de higiene, filhos dependendo de vizinhos ou parentes para obter alimento e abrigo, deixar de conseguir alguém para cuidar de um filho pequeno quando o indivíduo está fora de casa, ou repetido esbanjamento do dinheiro necessário para as necessidades domésticas. Esses indivíduos podem dar baixa com desonra das forças armadas, podem não conseguir se sustentar, podem empobrecer a ponto de não ter onde morar, ou passar muitos anos em instituições penais. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social estão mais propensos do que as outras pessoas na população geral a morrer prematuramente por meios violentos (por ex., suicídio, acidentes e homicídios). Os indivíduos com este transtorno também podem experimentar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade de tolerar o tédio e humor deprimido. Eles podem ter, em associação, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos e Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtorno de Somatização, Jogo Patológico e outros transtornos do controle dos impulsos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social também têm, freqüentemente, características de personalidade que satisfazem os critérios para outros Transtornos da Personalidade, particularmente Transtorno da Personalidade Borderline, Histriônica e Narcisista. A probabilidade de desenvolver um Transtorno da Personalidade Anti-Social na vida adulta é maior, se o indivíduo teve precocemente um Transtorno da Conduta (antes dos 10 anos de idade) e um Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade concomitante. Abuso ou negligência dos filhos, cuidados parentais instáveis ou erráticos ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de que o Transtorno da Conduta evolua para um Transtorno da Personalidade Anti-Social.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno da Personalidade Anti-Social parece estar associado com baixa situação sócio-econômica e contextos urbanos. Foram levantadas considerações de que o diagnóstico poderia ser aplicado incorretamente, em alguns casos, em contextos nos quais um comportamento aparentemente anti-social pode fazer parte de uma estratégia protetora de sobrevivência. Ao avaliar os traços anti-sociais, é importante considerar o contexto sócio-econômico no qual os comportamentos ocorrem. Por definição, o Transtorno da Personalidade Anti-Social não pode ser diagnosticado antes dos 18 anos. O Transtorno da Personalidade Anti-Social é muito mais comum em homens do que em mulheres. Tem havido alguma preocupação de que o Transtorno da Personalidade Anti-Social possa ser subdiagnosticado em mulheres, particularmente em razão da ênfase dada aos componentes agressivos, na definição do Transtorno da Conduta.

## Prevalência

A prevalência geral do Transtorno da Personalidade Anti-Social em amostras comunitárias é de cerca de 3% em homens e 1% em mulheres. As estimativas de prevalência em contextos clínicos têm variado de 3 a 30%, dependendo das características predominantes das populações amostradas. Taxas de prevalência ainda maiores estão associadas aos contextos de tratamento de abuso de substâncias e contextos forenses ou penitenciários.

## Curso

O Transtorno da Personalidade Anti-Social tem um curso crônico, mas pode tornar-se menos evidente ou apresentar remissão à medida que o indivíduo envelhece, particularmente por volta da quarta década de vida. Embora esta remissão apresente uma propensão a ser particularmente evidente com relação a envolver-se em comportamentos criminosos, é provável que haja uma diminuição no espectro total de comportamentos anti-sociais e uso de substâncias.

## Padrão Familiar

O Transtorno da Personalidade Anti-Social é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno do que na população geral. O risco dos parentes biológicos de mulheres com o transtorno tende a ser maior do que para os parentes biológicos de homens com o transtorno. Os parentes biológicos das pessoas com este transtorno também estão em maior risco para Transtorno de Somatização e Transtornos Relacionados a Substâncias. Dentro de uma família com um membro que apresenta Transtorno da Personalidade Anti-Social, os homens têm, com maior frequência, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtornos Relacionados a Substâncias, enquanto as mulheres têm, com maior frequência, Transtorno de Somatização. Entretanto, nessas famílias, existe um aumento na prevalência de todos esses transtornos, tanto em homens quanto em mulheres, em comparação com a população geral. Os estudos de adoções indicam que fatores genéticos e ambientais contribuem para o risco deste grupo de transtornos. Os filhos tanto adotivos quanto biológicos de pais com Transtorno da Personalidade Anti-Social têm um risco aumentado para o desenvolvimento de Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno de Somatização e Transtornos Relacionados a Substâncias. Os filhos dados para adoção assemelham-se mais a seus pais biológicos do que a seus pais adotivos, mas o ambiente da família adotiva influencia o risco do desenvolvimento de um Transtorno da Personalidade e psicopatologia correlata.



## Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social não é dado a indivíduos com menos de 18 anos, e apenas é dado se existe uma história de alguns sintomas de Transtorno da Conduta antes dos 15 anos. Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de Transtorno da Conduta somente é dado se não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social. Quando o comportamento anti-social em um adulto está associado com um Transtorno Relacionado a Substância, o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social não é feito, a menos que os sinais de Transtorno da Personalidade Anti-Social também tenham estado presentes na infância e tenham continuado até a idade adulta. Quando o uso de substâncias e o comportamento anti-social iniciaram na infância e continuaram até a idade adulta, tanto um Transtorno Relacionado a Substância quanto um Transtorno da Personalidade Anti-Social devem ser diagnosticados se os critérios para ambos são satisfeitos, embora alguns atos anti-sociais possam ser uma consequência do Transtorno Relacionado a Substância (por ex., venda ilegal de drogas ou furtos a fim de obter dinheiro para comprar drogas). O comportamento anti-social que ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco não deve ser diagnosticado como Transtorno da Personalidade Anti-Social. Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Anti-Social, por terem certas características em comum, de modo que é importante distinguir entre esses transtornos, com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Anti-Social, todos podem ser diagnosticados. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno da Personalidade Narcisista compartilham uma tendência a serem insensíveis, volúveis, superficiais, exploradores e destituídos de empatia. Entretanto, o Transtorno da Personalidade Narcisista não inclui características de impulsividade, agressividade e engodo. Além disso, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social podem não necessitar tanto da admiração e da inveja dos outros, e as pessoas com o Transtorno de Personalidade Narcisista geralmente não possuem uma história de Transtorno da Conduta na infância ou comportamento criminoso na idade adulta. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno da Personalidade Histriônica compartilham uma tendência para a impulsividade, superficialidade e busca de excitação, sedução, irresponsabilidade e manipulação, mas as pessoas com Transtorno da Personalidade Histriônica tendem a ser mais exageradas em suas emoções e não se envolvem, caracteristicamente, em comportamentos anti-sociais. Os indivíduos com Transtornos da Personalidade Borderline e Histriônica manipulam para obter apoio, enquanto aqueles com Transtorno da Personalidade Anti-Social manipulam para obter vantagens pessoais, poder ou alguma outra gratificação material. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social tendem a apresentar menor instabilidade emocional e maior agressividade do que aqueles com Transtorno da Personalidade Borderline. Embora o comportamento anti-social possa estar presente em alguns indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide, ele geralmente não é motivado por um desejo de obter vantagens

peçoais ou de explorar os outros, como no Transtorno da Personalidade Anti-Social, mas é mais freqüentemente devido a um desejo de vingança. O Transtorno da Personalidade Anti-Social deve ser distinguido do comportamento criminoso visando a ganhos financeiros, que não é acompanhado pelos aspectos de personalidade característicos do transtorno. O Comporta(listado na seção "Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica", pode ser usado para descrever um comportamento criminoso, agressivo ou de outro modo anti-social, que chega à atenção clínica mas não satisfaz todos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social. Os traços de personalidade anti-social constituem um Transtorno da Personalidade Anti-Social apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

#### Critérios Diagnósticos para F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

A. Um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que ocorre desde os 15 anos, como indicado por pelo menos três dos seguintes critérios:

(1) fracasso em conformar-se às normas sociais com relação a comportamentos legais, indicado pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção

(2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer

(3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro

(4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas

(5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia

(6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras

(7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado outra pessoa.

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C. Existem evidências de Transtorno da Conduta com início antes dos 15 anos de idade.

D. A ocorrência do comportamento anti-social não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

#### **F60.31 - 301.83 - Borderline**

## Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e acentuada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline fazem esforços frenéticos para evitarem um abandono real ou imaginado (Critério 1). A percepção da separação ou rejeição iminente ou a perda da estrutura externa podem ocasionar profundas alterações na auto-imagem, afeto, cognição e comportamento. Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Eles experimentam intensos temores de abandono e raiva inadequada, mesmo diante de uma separação real de tempo limitado ou quando existem mudanças inevitáveis em seus planos (por ex., reação de súbito desespero quando o clínico anuncia o final da sessão; pânico ou fúria quando alguém que lhes é importante se atrasa apenas alguns minutos ou precisa cancelar um encontro). Eles podem acreditar que este "abandono" implica que eles são "maus". Esse medo do abandono está relacionado a uma intolerância à solidão e a uma necessidade de ter outras pessoas consigo. Seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas tais como comportamentos de automutilação ou suicidas, que são descritos separadamente no Critério 5. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline têm um padrão de relacionamentos instáveis e intensos (Critério 2). Eles podem idealizar potenciais cuidadores ou amantes já no primeiro ou no segundo encontro, exigir que passem muito tempo juntos e compartilhar detalhes extremamente íntimos na fase inicial de um relacionamento. Pode haver, entretanto, uma rápida passagem da idealização para a desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o bastante, não está "ali" o suficiente. Esses indivíduos podem sentir empatia e carinho por outras pessoas, mas apenas com a expectativa de que a outra pessoa "estará lá" para também atender às suas próprias necessidades, quando exigido. Estes indivíduos estão inclinados a mudanças súbitas e dramáticas em suas opiniões sobre os outros, que podem ser vistos alternadamente como suportes benévolos ou como cruelmente punitivos. Tais mudanças freqüentemente refletem a desilusão com uma pessoa cujas qualidades de devotamento foram idealizadas ou cuja rejeição ou abandono são esperados. Pode haver um distúrbio de identidade caracterizado por uma auto-imagem ou sentimento de self acentuado e persistentemente instável (Critério 3). Mudanças súbitas e dramáticas são observadas na auto-imagem, caracterizadas por objetivos, valores e aspirações profissionais em constante mudança. O indivíduo pode exibir súbitas mudanças de opiniões e planos acerca da carreira, identidade sexual, valores e tipos de amigos. Esses indivíduos podem mudar subitamente do papel de uma pessoa suplicante e carente de auxílio para um vingador implacável de maus tratos passados. Embora geralmente possuam uma auto-imagem de malvados, os indivíduos com este transtorno podem, por vezes, ter o sentimento de não existirem em absoluto. Tais experiências habitualmente ocorrem em situações nas quais o indivíduo sente a falta de um relacionamento significativo, carinho e apoio. Esses indivíduos podem apresentar pior desempenho em situações de trabalho ou escolares não estruturados. Os indivíduos com este transtorno exibem impulsividade em

pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais para si próprios (Critério 4). Eles podem jogar, fazer gastos irresponsáveis, comer em excesso, abusar de substâncias, engajar-se em sexo inseguro ou dirigir de forma imprudente. As pessoas com Transtorno da Personalidade Borderline apresentam, de maneira recorrente, comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou comportamento automutilante (Critério 5). O suicídio completado ocorre em 8 a 10% desses indivíduos, e os atos de automutilação (por ex., cortes ou queimaduras), ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns. Tentativas recorrentes de suicídio são, freqüentemente, a razão pela qual estes indivíduos buscam auxílio. Tais atos autodestrutivos geralmente são precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que assumam maiores responsabilidades. A automutilação pode ocorrer durante experiências dissociativas e freqüentemente traz alívio pela reafirmação da capacidade de sentir ou pela expiação do sentimento de ser mau. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline podem apresentar instabilidade afetiva, devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade, em geral durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias) (Critério 6). O humor disfórico básico dos indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline muitas vezes é perturbado por períodos de raiva, pânico ou desespero e, raramente, é aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Esses episódios podem refletir a extrema reatividade do indivíduo a estresses interpessoais. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline podem ser incomodados por sentimentos crônicos de vazio (Critério 7). Facilmente entediados, podem estar sempre procurando algo para fazer. Os indivíduos com este transtorno freqüentemente expressam raiva intensa e inadequada ou têm dificuldade para controlar sua raiva (Critério 8). Eles podem exibir extremo sarcasmo, persistente amargura ou explosões verbais. A raiva freqüentemente vem à tona quando um cuidador ou amante é visto como negligente, omissivo, indiferente ou prestes a abandoná-lo. Tais expressões de raiva freqüentemente são seguidas de vergonha e culpa e contribuem para o sentimento de ser mau. Durante períodos de extremo estresse, podem ocorrer ideação paranóide ou sintomas dissociativos transitórios (por ex., despersonalização) (Critério 9), mas estes em geral têm gravidade ou duração insuficiente para indicarem um diagnóstico adicional. Estes episódios ocorrem mais comumente em resposta a um abandono real ou imaginado. Os sintomas tendem a ser transitórios, durando minutos ou horas. O retorno real ou percebido do carinho da pessoa cuidadora pode ocasionar uma remissão dos sintomas.

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline podem ter um padrão de boicote a si mesmos quando uma meta está prestes a ser alcançada (por ex., abandonar a escola justo antes da formatura, regredir severamente após uma discussão acerca do sucesso da terapia até o momento atual, destruir um bom relacionamento justamente quando está claro que este poderia ser duradouro). Alguns indivíduos desenvolvem sintomas tipo psicóticos (por ex., alucinações, distorções da imagem corporal, idéias de referência e fenômenos hipnagógicos) durante períodos de estresse.

Os indivíduos com este transtorno podem sentir-se mais seguros com objetos transicionais (isto é, um animal de estimação ou a posse de um objeto inanimado) do que em relacionamentos interpessoais. A morte prematura por suicídio pode ocorrer em indivíduos com este transtorno, especialmente naqueles com concomitantes Transtornos do Humor ou Transtornos Relacionados a Substâncias. Deficiências físicas podem resultar de comportamentos automutilantes ou tentativas fracassadas de suicídio. Perdas recorrentes de empregos, interrupção dos estudos e casamentos rompidos são comuns. Abuso físico e sexual, negligência, conflito hostil e perda ou separação parental precoce são mais comuns na história da infância dos indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline. Transtornos concomitantes comuns do Eixo I incluem Transtornos do Humor, Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtornos Alimentares (notadamente Bulimia), Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O Transtorno da Personalidade Borderline também co-ocorre freqüentemente com outros Transtornos da Personalidade.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O padrão de comportamento visto no Transtorno da Personalidade Borderline foi identificado em diversos contextos, no mundo inteiro. Adolescentes e adultos jovens com problemas de identidade (especialmente quando acompanhados por uso de substâncias) podem exibir, temporariamente, comportamentos que podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Borderline. Essas situações são caracterizadas por instabilidade emocional, dilemas "existenciais", incertezas, escolhas que causam ansiedade, conflitos acerca da orientação sexual e pressões sociais no sentido de decidir-se por uma profissão. O Transtorno da Personalidade Borderline é diagnosticado predominantemente em mulheres (cerca de 75%).

### Prevalência

A prevalência do Transtorno da Personalidade Borderline é estimada em cerca de 2% da população geral, cerca de 10% dos indivíduos vistos em clínicas ambulatoriais de saúde mental, e cerca de 20% dos pacientes psiquiátricos internados. A prevalência varia de 30 a 60% entre as populações clínicas com Transtornos da Personalidade.

### Curso

Existe uma variabilidade considerável no curso do Transtorno da Personalidade Borderline. O padrão mais comum é de instabilidade crônica no início da idade adulta, com episódios de sério descontrole afetivo e impulsivo e altos níveis de utilização de serviços de saúde mental. O prejuízo resultante do transtorno e o risco de suicídio são maiores nos anos iniciais da idade adulta e diminuem gradualmente com o avanço da idade. Durante a faixa dos

30 e 40 anos, a maioria dos indivíduos com o transtorno adquire maior estabilidade em seus relacionamentos e funcionamento profissional.

### Padrão Familiar

O Transtorno da Personalidade Borderline é cerca de cinco vezes mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau dos indivíduos com o transtorno do que na população geral. Existe, também, um risco familiar aumentado para Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtornos do Humor.

### Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Borderline freqüentemente ocorre com Transtornos do Humor e, quando são satisfeitos os critérios para ambos, os dois podem ser diagnosticados. Uma vez que a apresentação transeccional do Transtorno da Personalidade Borderline pode ser imitada por um episódio de Transtorno do Humor, o clínico deve evitar o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Borderline com base apenas na apresentação transeccional, sem ter verificado se o padrão de comportamento tem um início precoce e um curso duradouro. Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com Transtorno da Personalidade Borderline por terem certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Borderline, todos podem ser diagnosticados. Embora o Transtorno da Personalidade Histriônica também possa caracterizar-se por busca de atenção, comportamento manipulador e rápidas mudanças nas emoções, o Transtorno da Personalidade Borderline distingue-se por autodestrutividade, rompimentos raivosos de relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de profundo vazio e solidão. Idéias ou ilusões paranóides podem estar presentes tanto no Transtorno da Personalidade Borderline quanto no Transtorno da Personalidade Esquizotípica, mas estes sintomas são mais transitórios, interpessoalmente reativos e responsivos à estrutura externa no Transtorno da Personalidade Borderline. Embora o Transtorno da Personalidade Paranóide e o Transtorno da Personalidade Narcisista possam também ser caracterizados por uma reação de raiva a estímulos menores, a relativa estabilidade da auto-imagem, bem como a relativa ausência de autodestrutividade, impulsividade e preocupações com abandono distinguem esses transtornos do Transtorno da Personalidade Borderline. Embora o Transtorno da Personalidade Anti-Social e o Transtorno da Personalidade Borderline caracterizem-se, ambos, por um comportamento manipulador, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social manipulam para obter vantagens, poder ou alguma outra gratificação material, ao passo que no Transtorno da Personalidade Borderline o comportamento manipulador se destina mais a envolver as pessoas que o indivíduo considera importantes. Tanto o Transtorno da Personalidade

Dependente quanto o Transtorno da Personalidade Borderline caracterizam-se por um medo do abandono; entretanto, o indivíduo com Transtorno da Personalidade Borderline reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e reclamações, ao passo que o indivíduo com Transtorno da Personalidade Dependente reage com crescente submissão e docilidade e busca urgentemente um relacionamento substituto que lhe dê atenção e cuidados. O Transtorno da Personalidade Borderline pode ser também distinguido do Transtorno da Personalidade Dependente pelo padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos. O Transtorno da Personalidade Borderline deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser diferenciado de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de uma substância (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). O Transtorno da Personalidade Borderline deve ser distinguido de um Problema de Identidade, um diagnóstico reservado a preocupações quanto à identidade relacionadas a uma fase do desenvolvimento (por ex., adolescência) que não se qualificam como um transtorno mental.

#### Critérios Diagnósticos para F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline

Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

- (1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado. Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5[617]
- (2) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
- (3) perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de self
- (4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente). Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5
- (5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante
- (6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)

(7) sentimentos crônicos de vazio

(8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)

(9) ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos

## **F60.4 - 301.50 - Personalidade Histriônica**

(antiga Personalidade Histérica)

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Histriônica consiste de um padrão invasivo de emocionalidade excessiva e comportamento de busca de atenção, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Histriônica sentem-se desconfortáveis ou desconsiderados quando não são o centro das atenções (Critério 1). Frequentemente animados e dramáticos, tendem a chamar a atenção sobre si mesmos e podem, de início, encantar as pessoas com quem travam conhecimento por seu entusiasmo, aparente franqueza ou capacidade de sedução. Tais qualidades, contudo, perdem sua força à medida que esses indivíduos continuamente exigem ser o centro das atenções. Eles requisitam o papel de "dono da festa". Quando não são o centro das atenções, podem fazer algo dramático (por ex., inventar histórias, fazer uma cena) para chamar a atenção. Esta necessidade frequentemente se manifesta em seu comportamento diante do clínico (por ex., adular, trazer presentes, oferecer descrições dramáticas de sintomas físicos e psicológicos que a cada consulta são substituídos por sintomas novos). A aparência e o comportamento dos indivíduos com este transtorno com freqüência são, de maneira inadequada, sexualmente provocantes ou sedutores (Critério 2). Este comportamento é dirigido não apenas às pessoas pelas quais o indivíduo demonstra um interesse sexual ou romântico, mas ocorre em uma ampla variedade de relacionamentos sociais, ocupacionais e profissionais, além do que seria adequado para o contexto social. A expressão emocional pode ser superficial e apresentar rápidas mudanças (Critério 3). Os indivíduos com este transtorno usam consistentemente sua aparência física para chamar a atenção (Critério 4). Eles empenham-se excessivamente em impressionar os outros com sua aparência e despendem tempo, energia e dinheiro excessivos para se vestir e se arrumar. Eles podem "caçar elogios" pela sua aparência e se aborrecer com facilidade e em demasia por algum comentário crítico acerca de como estão ou por uma fotografia na qual, em sua opinião, não saíram bem. Esses indivíduos têm um estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes (Critério 5). Fortes convicções em geral são expressadas com talento dramático, porém com um embasamento vago e difuso, sem fatos e detalhes corroborantes. Por exemplo, um indivíduo com Transtorno da Personalidade Histriônica pode comentar que determinado indivíduo é uma pessoa maravilhosa, porém ser



incapaz de oferecer quaisquer exemplos específicos de boas qualidades que confirmem sua opinião. Os indivíduos com este transtorno caracterizam-se por autodramatização, teatralidade e expressão emocional exagerada (Critério 6). Eles podem embaraçar amigos e conhecidos por uma excessiva exibição pública de emoções (por ex., abraçar conhecidos casuais com um ardor exagerado, soluçar incontrolavelmente em ocasiões sentimentais de pouca importância, ou ter ataques de fúria). Entretanto, suas emoções com frequência dão a impressão de serem ligadas e desligadas com demasiada rapidez para serem profundamente sentidas, o que pode levar a acusações de que estão fingindo. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Histriônica têm um alto grau de sugestibilidade (Critério 7). Suas opiniões e sentimentos são facilmente influenciados pelos outros e por tendências do momento. Eles podem ser confiantes demais, especialmente em relação a fortes figuras de autoridade, a quem vêem como capazes de oferecer soluções mágicas para seus problemas. Eles apresentam uma tendência a curvar-se a intuições ou adotar convicções prontamente. Os indivíduos com este transtorno muitas vezes consideram os relacionamentos mais íntimos do que são de fato, descrevendo praticamente qualquer pessoa recém conhecida como "meu querido, meu amigo" ou chamando um médico visto apenas uma ou duas vezes sob circunstâncias profissionais por seu prenome (Critério 8). Devaneios românticos são comuns.

### Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Histriônica podem ter dificuldade em adquirirem intimidade emocional em relacionamentos românticos ou sexuais. Eles com frequência representam um papel (por ex., "vítima" ou "princesa") em seus relacionamentos, sem se dar conta disto. Eles podem, em um nível, tentar controlar seu parceiro através da manipulação emocional ou sedução, enquanto exibem acentuada dependência em outro nível. Os indivíduos com este transtorno muitas vezes têm relacionamentos deficientes com amigos do mesmo sexo, porque seu estilo interpessoal sexualmente provocante pode parecer uma ameaça aos relacionamentos dos amigos. Esses indivíduos também podem afastar os amigos com suas exigências de constante atenção. Eles frequentemente ficam deprimidos e aborrecidos quando não são o centro das atenções. Eles podem ser ávidos por novidades, estimulação e excitação e ter uma tendência a entediar-se com sua rotina habitual. Estes indivíduos em geral manifestam intolerância ou frustração por situações que envolvem um adiamento da gratificação, sendo que suas ações frequentemente são voltadas à obtenção de satisfação imediata. Embora muitas vezes iniciem um trabalho ou projeto com grande entusiasmo, seu interesse pode desaparecer rapidamente. Os relacionamentos a longo prazo podem ser deixados de lado para dar lugar a relacionamentos novos e excitantes. O risco real de suicídio é desconhecido, mas a experiência clínica sugere que os indivíduos com o transtorno estão em maior risco para gestos ou ameaças de suicídio para chamar a atenção e coagir os outros a um maior envolvimento. O Transtorno da Personalidade Histriônica tem sido associado com taxas superiores de Transtorno de Somatização, Transtorno Conversivo e Transtorno Depressivo Maior. Existe,

freqüentemente, a co-ocorrência de Transtornos da Personalidade Borderline, Narcisista, Anti-Social e Dependente.

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As normas de comportamento interpessoal, aparência pessoal e expressão emocional variam amplamente entre as culturas, gêneros e grupos etários. Antes que os vários traços (por ex., emocionalidade, sedução, estilo interpessoal dramático, busca de novidades, sociabilidade, encanto, impressionabilidade e tendência à somatização) possam ser considerados evidências de um Transtorno da Personalidade Histriônica, é importante determinar se eles causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Nos contextos clínicos, este diagnóstico tem sido mais freqüente em mulheres; entretanto, a proporção entre os sexos não difere significativamente em relação à clientela geral do respectivo contexto clínico. Em contrapartida, alguns estudos usando avaliações estruturadas relatam taxas similares de prevalência entre homens e mulheres. A expressão comportamental do Transtorno da Personalidade Histriônica pode ser influenciada pelos estereótipos do papel sexual. Por exemplo, um homem com este transtorno pode vestir-se e comportar-se de um modo freqüentemente identificado como "machão", procurando ser o centro das atenções e alardeando habilidades atléticas, ao passo que uma mulher, por exemplo, pode escolher roupas muito femininas e falar acerca do quanto impressionou seu instrutor de dança.

### Prevalência

Os poucos dados de estudos da população geral sugerem uma prevalência de cerca de 2-3% para o Transtorno da Personalidade Histriônica. Taxas de cerca de 10 a 15% foram relatadas em contextos ambulatoriais e de internação em saúde mental, ao utilizar uma avaliação estruturada.

### Diagnóstico Diferencial

Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Histriônica, em razão de certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Histriônica, todos podem ser diagnosticados. Embora o Transtorno da Personalidade Borderline também possa caracterizar-se por busca de atenção, comportamento manipulador e rápidas oscilações emocionais, ele se distingue por um comportamento autodestrutivo, rompimentos coléricos de relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de profundo vazio e perturbação da identidade. Os indivíduos com Transtorno da

Personalidade Anti-Social e Transtorno da Personalidade Histriônica compartilham uma tendência à impulsividade, superficialidade, busca de excitação, imprudência, sedução e manipulação, porém no Transtorno da Personalidade Histriônica existe uma maior tendência ao exagero das emoções e a não se envolver, caracteristicamente, em comportamentos anti-sociais. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Histriônica são manipuladores para obter afeto, ao passo que no Transtorno da Personalidade Anti-Social a manipulação ocorre para obter vantagens financeiras, poder ou alguma outra forma de gratificação material. Embora os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista também sejam ávidos pela atenção dos outros, eles comumente desejam obter louvores por sua "superioridade", ao passo que o indivíduo com Transtorno da Personalidade Histriônica presta-se a ser visto como frágil ou dependente, se isto for de utilidade para obter atenção. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista podem exagerar a intimidade de seus relacionamentos, mas estão mais propensos a enfatizar a condição "VIP" ou de riqueza de seus amigos. No Transtorno da Personalidade Dependente, a pessoa é excessivamente dependente dos elogios e orientação dos outros, mas não apresenta as características exuberantes, exageradas e emotivas do Transtorno da Personalidade Histriônica. O Transtorno da Personalidade Histriônica deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser distinguido de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Muitos indivíduos podem exibir traços de personalidade histriônica, mas estes apenas constituem um transtorno da Personalidade Histriônica quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

#### Critérios Diagnósticos para F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica

Um padrão invasivo de excessiva emocionalidade e busca de atenção, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

- (1) sente desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções
- (2) a interação com os outros freqüentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor
- (3) exibe mudança rápida e superficialidade na expressão das emoções
- (4) usa consistentemente a aparência física para chamar a atenção sobre si próprio
- (5) tem um estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes
- (6) exibe autodramatização, teatralidade e expressão emocional exagerada

(7) é sugestionável, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias

(8) considera os relacionamentos mais íntimos do que realmente são.

## **F60.8 - 301.81 - Personalidade Narcisista**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Narcisista é um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com este transtorno têm um sentimento grandioso de sua própria importância (Critério 1). Eles rotineiramente superestimam suas capacidades e exageram suas realizações, freqüentemente parecendo presunçosos ou arrogantes. Eles podem presumir que os outros atribuem o mesmo valor a seus esforços e surpreender-se quando não recebem o louvor que esperam e julgam merecer. Um menosprezo (desvalorização) da contribuição dos outros freqüentemente está implícito na apreciação exagerada de suas próprias realizações. Essas pessoas constantemente se preocupam com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza ou amor ideal (Critério 2). Elas podem ruminar acerca de uma admiração e privilégios a que teriam direito e comparar a si mesmos com vantagem sobre pessoas famosas e privilegiadas. Um indivíduo com Transtorno da Personalidade Narcisista se acredita superior, especial ou único e espera ser reconhecido pelos outros como tal (Critério 3). Ele pode achar que somente consegue ser compreendido e apenas deve associar-se com outras pessoas especiais ou de situação elevada, podendo atribuir qualidades de "singularidade", "perfeição" ou "talento" àqueles a quem se associa. Os indivíduos com este transtorno acreditam ter necessidades especiais, que estão além do entendimento das pessoas comuns. Sua própria auto-estima é amplificada (isto é, "espelhada") pelo valor idealizado que atribuem àqueles a quem se associam. Eles tendem a insistir em ser atendidos apenas pelos "melhores" (médicos, advogados, instrutores, cabeleireiros) ou em afiliar-se às "melhores" instituições, mas podem desvalorizar as credenciais daqueles que os desapontam. Os indivíduos com este transtorno geralmente exigem admiração excessiva (Critério 4). Sua auto-estima é, quase que invariavelmente, muito frágil. Eles podem preocupar-se com o modo como estão se saindo e no quanto são considerados pelos outros. Isto freqüentemente assume a forma de uma necessidade de constante atenção e admiração. Eles podem esperar que sua chegada seja recepcionada com grande alarde e ficar perplexos pelo fato de os outros não cobixarem tudo o que possuem. Eles podem "caçar" elogios constantemente, por vezes de maneira muito cativante. Um sentimento de intitulação manifesta-se na expectativa irracional destes indivíduos de receber tratamento especial (Critério 5). Eles esperam ser adulados e ficam desconcertados ou furiosos quando isto não ocorre. Eles podem, por exemplo, pensar que não precisam esperar na fila e que suas prioridades são tão importantes que os outros lhes deveriam mostrar deferência, e ficam irritados quando os outros deixam de auxiliar em "seu trabalho muito importante". Este sentimento de intitulação,

combinado com uma falta de sensibilidade para com os desejos e necessidades alheias, pode resultar na exploração consciente ou involuntária dos outros (Critério 6). Essas pessoas esperam que lhes seja dado o que desejam ou julgam precisar, não importando o que isto possa significar para os outros. Por exemplo, esses indivíduos podem esperar grande dedicação da parte dos outros e sobrecarregá-los de trabalho sem levar em conta o impacto que isto possa ter sobre suas vidas. Eles tendem a formar amizades ou relacionamentos românticos somente se vislumbrarem a possibilidade de que a outra pessoa vá ao encontro de seus objetivos ou de outro modo aumente sua auto-estima. Eles freqüentemente usurpam privilégios especiais e recursos extras, que julgam merecer por serem tão especiais. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista em geral carecem de empatia e têm dificuldade em reconhecer os desejos, experiências subjetivas e sentimentos dos outros (Critério 7). Eles podem presumir que os outros se preocupam integralmente com seu bem-estar, e tendem a discutir suas próprias preocupações em detalhes inadequados e extensos, deixando de reconhecer que os outros também têm sentimentos e necessidades. Estes indivíduos freqüentemente desprezam e se impacientam com outras pessoas que falam de seus próprios problemas e preocupações. Eles podem não perceber a mágoa causada por seus comentários (por ex., dizer alegremente a um ex-companheiro: "Agora encontrei o amor de minha vida!"; alardear saúde diante de alguém que está enfermo). Quando reconhecem as necessidades, desejos ou sentimentos alheios, tendem a vê-los como sinais de fraqueza ou vulnerabilidade. Aqueles que se relacionam com indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista tipicamente descobrem neles uma frieza emocional e falta de interesse mútuo. Estes indivíduos freqüentemente invejam os outros ou acreditam que os outros têm inveja deles (Critério 8). Eles podem guardar rancor pelos sucessos ou posses dos outros, achando que seriam mais merecedores destas realizações, admiração ou privilégios. Eles podem desvalorizar rudemente as contribuições dos outros, particularmente quando estes receberam reconhecimento ou elogios por suas realizações. Comportamentos arrogantes e insolentes caracterizam estes indivíduos. Eles freqüentemente exibem atitudes esnobes, desdenhosas ou condescendentes (Critério 9). Por exemplo, um indivíduo com este transtorno pode queixar-se da "estupidez" ou "babaquice" de um garçom desajeitado ou concluir um exame médico avaliando o clínico de modo condescendente.

## Características e Transtornos Associados

A vulnerabilidade da auto-estima torna os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista muito sensíveis a "mágoas" por críticas ou derrotas. Embora possam não demonstrar abertamente, as críticas podem assolar esses indivíduos e levá-los a se sentirem humilhados, degradados e vazios. Sua reação pode ser de desdém, raiva ou contra-ataque afrontoso. Essas experiências freqüentemente levam a um retraimento social ou a uma aparência de humildade que pode mascarar e proteger a grandiosidade. As relações interpessoais [522]tipicamente são comprometidas pelos problemas resultantes do sentimento de intitulação, da necessidade de admiração e do relativo desrespeito à sensibilidade alheia. Embora a ambição e a confiança

ufanista possam levar a altas realizações, o desempenho pode ser perturbado em virtude da intolerância a críticas ou derrotas. Às vezes o desempenho profissional pode ser muito baixo, refletindo uma relutância para assumir riscos em situações competitivas ou de outra espécie, nas quais a derrota é possível. Sentimentos persistentes de vergonha ou humilhação e a autocrítica pertinente podem estar associados com retraimento social, humor deprimido e Transtorno Depressivo Maior ou Distímico. Por outro lado, períodos persistentes de grandiosidade podem estar associados com um humor hipomaníaco. O Transtorno da Personalidade Narcisista também está associado com Anorexia Nervosa e Transtornos Relacionados a Substâncias (especialmente relacionados à cocaína). Os Transtornos da Personalidade Histriônica, Borderline, Anti-Social e Paranóide podem estar associados com o Transtorno da Personalidade Narcisista.

### Características Específicas à Idade e ao Gênero

Os traços narcisistas podem ser particularmente comuns em adolescentes, não indicando, necessariamente, que o indivíduo terá um Transtorno da Personalidade Narcisista. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista podem ter dificuldades especiais no ajustamento ao início das limitações físicas e ocupacionais inerentes ao processo de envelhecimento. Os homens perfazem 50 a 75% dos indivíduos com o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Narcisista.

### Prevalência

As estimativas da prevalência do Transtorno da Personalidade Narcisista variam de 2 a 16% na população clínica e são de menos de 1% na população geral.

### Diagnóstico Diferencial

Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Narcisista, por terem certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir esses transtornos com base em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Narcisista, todos podem ser diagnosticados. O aspecto mais útil para a discriminação entre o Transtorno da Personalidade Narcisista e os Transtornos da Personalidade Histriônica, Anti-Social e Borderline, cujos estilos de interação são, respectivamente, sedutor, indiferente e carente, é a grandiosidade característica do Transtorno da Personalidade Narcisista. A relativa estabilidade da auto-imagem, além da relativa ausência de autodestrutividade, impulsividade e preocupações com abandono, também ajudam a distinguir o Transtorno da Personalidade Narcisista do Transtorno

da Personalidade Borderline. O excessivo orgulho por realizações, uma relativa ausência de manifestações emocionais e um desdém pela sensibilidade alheia ajudam a distinguir o Transtorno da Personalidade Narcisista do Transtorno da Personalidade Histriônica. Embora os indivíduos com Transtornos da Personalidade Borderline, Histriônica e Narcisista possam exigir muita atenção, aqueles com Transtorno da Personalidade Narcisista precisam, especificamente, que esta atenção se manifeste como admiração. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno da Personalidade Narcisista compartilham uma tendência a serem insensíveis, superficiais, exploradores e não-empáticos. Entretanto, o Transtorno da Personalidade Narcisista não inclui, necessariamente, características de impulsividade, agressão e engodo. Além disso, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social podem não necessitar tanto da admiração e inveja dos outros, e as pessoas com Transtorno da Personalidade Narcisista em geral não possuem uma história de Transtorno da Conduta na infância ou comportamento criminoso na idade adulta. Tanto no Transtorno da Personalidade Narcisista quanto no Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, os indivíduos podem professar um compromisso com o perfeccionismo e acreditar que os outros não conseguem fazer as coisas tão bem quanto eles. Em contraste com a autocrítica que acompanha os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista estão mais propensos a crer que atingiram a perfeição. Desconfianças e retraimento social geralmente distinguem os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Paranóide daqueles com Transtorno da Personalidade Narcisista. Quando essas qualidades estão presentes em indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista, elas originam-se principalmente do medo de que sejam reveladas suas falhas ou imperfeições. A grandiosidade pode emergir como parte de Episódios Maníacos ou Hipomaníacos, mas a associação com uma alteração do humor ou prejuízos funcionais ajuda a fazer a distinção entre esses episódios e o Transtorno da Personalidade Narcisista. O Transtorno da Personalidade Narcisista deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser diferenciado de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Muitos indivíduos altamente bem-sucedidos exibem traços de personalidade que poderiam ser considerados narcisistas, porém estes traços somente constituem um Transtorno da Personalidade Narcisista quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

#### Critérios Diagnósticos para F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista

Um padrão invasivo de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que começa no início da idade

adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios: (1) sentimento grandioso da própria importância (por ex., exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações comensuráveis)

(2) preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal

(3) crença de ser "especial" e único e de que somente pode ser compreendido ou deve associar-se a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de condição elevada

(4) exigência de admiração excessiva

(5) sentimento de intitulação, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediência automática às suas expectativas

(6) é explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, tira vantagem de outros para atingir seus próprios objetivos

(7) ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias

(8) freqüentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia

(9) comportamentos e atitudes arrogantes e insolentes.

## **F60.6 - 301.82 - Personalidade Esquiva**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva evitam atividades profissionais ou escolares que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição (Critério 1). Ofertas de promoções no emprego podem ser recusadas, porque as novas responsabilidades poderiam ocasionar críticas dos colegas de trabalho. Estes indivíduos evitam novas amizades, a menos que tenham certeza de que serão estimados e aceitos sem críticas (Critério 2). As pessoas são consideradas críticas e desaprovadoras, até passarem por rigorosos testes provando o contrário. Os indivíduos com este transtorno não participam de atividades de grupo, a menos que ocorram repetidas e generosas ofertas de apoio e afeto. A intimidade interpessoal freqüentemente é difícil para estes indivíduos, embora consigam estabelecer relacionamentos íntimos quando existem garantias de uma aceitação sem críticas. Eles podem agir de modo reservado, ter



dificuldade para falar sobre si mesmos e não expressar sentimentos íntimos por medo de serem expostos, ridicularizados ou envergonhados (Critério 3). Uma vez que os indivíduos com este transtorno se preocupam com críticas ou rejeição em situações sociais, eles podem ter um limiar acentuadamente baixo para a detecção destas reações (Critério 4). Eles podem ficar extremamente magoados com qualquer crítica ou desaprovação, por mais leve que seja. Estas pessoas tendem a ser tímidas, quietas, inibidas e "invisíveis", pelo medo de que qualquer atenção possa trazer degradação ou rejeição. Eles esperam que, independentemente do que digam, os outros possam considerá-los "errados", de modo que podem não falar em absoluto. Eles reagem intensamente a indícios sutis de zombaria ou desprezo. Apesar do anseio de participar ativamente da vida social, eles temem colocar seu bem-estar nas mãos de outros. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva demonstram inibição em novas situações interpessoais, devido a seus sentimentos de inadequação e baixa auto-estima (Critério 5). Dúvidas envolvendo sua competência social e atrativos pessoais tornam-se especialmente manifestas em contextos envolvendo interações com estranhos. Estes indivíduos consideram-se socialmente ineptos, sem atrativos pessoais ou inferiores (Critério 6). Eles mostram-se incomumente relutantes a assumirem riscos pessoais ou a se envolverem em quaisquer novas atividades, porque poderiam ser embaraçosas (Critério 7). Estas pessoas tendem a exagerar os possíveis perigos de situações comuns, de modo que um estilo de vida limitado pode decorrer de sua necessidade de certeza e segurança. Alguém com este transtorno pode cancelar uma entrevista de emprego pelo medo de ficar envergonhado por não estar adequadamente trajado. Sintomas somáticos ou outros problemas secundários podem tornar-se a razão para evitar novas atividades.

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva freqüentemente acompanham com atenção os movimentos e expressões das pessoas com quem entram em contato. Seus modos medrosos e tensos podem provocar ridículo e derrisão, por sua vez confirmando suas inseguranças. Estas pessoas sentem-se muito ansiosas acerca da possibilidade de reagirem às críticas enrubescendo ou chorando. Elas são descritas pelos outros como "tímidas", "acanhadas", "solitárias" e "isoladas". Os principais problemas associados com este transtorno ocorrem nos funcionamentos social e ocupacional. A baixa auto-estima e a excessiva sensibilidade à rejeição estão associadas com a existência de contatos interpessoais restritos. Esses indivíduos podem tornar-se relativamente isolados e em geral não dispõem de uma ampla rede de suporte social que possa ajudá-los a amenizar suas crises. Eles desejam afeto e aceitação e podem fantasiar acerca de relacionamentos idealizados. Os comportamentos esquivos também podem afetar adversamente o funcionamento ocupacional, pois estes indivíduos procuram evitar situações sociais que podem ser importantes para satisfazer as exigências básicas do emprego ou para o progresso profissional. Outros transtornos que comumente são diagnosticados junto com o Transtorno da Personalidade Esquiva incluem Transtornos do Humor e de Ansiedade (especialmente Fobia Social do Tipo Generalizado). O

Transtorno da Personalidade Esquiva freqüentemente é diagnosticado junto com o Transtorno da Personalidade Dependente, porque os indivíduos com o Transtorno da Personalidade Esquiva podem tornar-se muito apegados e dependentes daquelas poucas pessoas com quem mantêm laços de amizade. O Transtorno da Personalidade Esquiva também tende a ser diagnosticado junto com o Transtorno da Personalidade Borderline e com os Transtornos da Personalidade do Agrupamento A (isto é, Transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide ou Esquizotípica).

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Pode haver variações no grau em que diferentes grupos culturais e étnicos consideram adequadas a timidez e a esquiva. Além disso, o comportamento esquivo pode decorrer de problemas de aculturação, após a imigração. Este diagnóstico deve ser usado com grande cautela em crianças e adolescentes, para quem um comportamento tímido e arredo pode ser adequado, em termos evolutivos. O Transtorno da Personalidade Esquiva parece ter uma freqüência igual em homens e mulheres.

### Prevalência

A prevalência do Transtorno da Personalidade Esquiva na população geral situa-se entre 0,5 a 1,0%. O Transtorno da Personalidade Esquiva tem sido relatado em cerca de 10% dos pacientes ambulatoriais atendidos em clínicas de saúde mental.

### Curso

O comportamento esquivo freqüentemente começa na infância, com timidez, isolamento e medo de estranhos e de situações novas. Embora a timidez na infância seja um precursor comum do Transtorno da Personalidade Esquiva, na maioria dos indivíduos ela tende a dissipar-se com a idade. Por outro lado, os indivíduos que desenvolvem Transtorno da Personalidade Esquiva podem tornar-se progressivamente tímidos e arredios durante a adolescência e início da idade adulta, quando os relacionamentos sociais com pessoas novas assumem especial importância. Existem algumas evidências de que, em adultos, o Transtorno da Personalidade Esquiva tende a tornar-se menos manifesto ou a apresentar remissão com a idade.

### Diagnóstico Diferencial

Parece haver uma grande sobreposição entre os diagnósticos de Transtorno da Personalidade Esquiva e Fobia Social, Tipo Generalizado, de tal modo que os dois talvez representem conceitualizações alternativas da

mesma condição ou de condições similares. A evitação também caracteriza tanto o Transtorno da Personalidade Esquiva quanto o Transtorno de Pânico com Agorafobia, e esses freqüentemente ocorrem juntos. A esquiva no Transtorno de Pânico Com Agorafobia tipicamente começa após o início dos Ataques de Pânico e pode variar com base em sua freqüência e intensidade. Em contrapartida, a evitação do Transtorno da Personalidade Esquiva tende a um início precoce, a uma ausência de desencadeantes definidos e a um curso instável. Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Esquiva, em razão de certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Esquiva, todos podem ser diagnosticados. Tanto o Transtorno da Personalidade Esquiva quanto o Transtorno da Personalidade Dependente caracterizam-se por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade a críticas e uma necessidade de reassuramento. Embora o foco principal da preocupação no Transtorno da Personalidade Esquiva envolva a esquiva de humilhações e rejeição, no Transtorno da Personalidade Dependente o foco está em ser cuidado e protegido. Entretanto, o Transtorno da Personalidade Esquiva e o Transtorno da Personalidade Dependente estão particularmente propensos a ocorrerem ao mesmo tempo. Como o Transtorno da Personalidade Esquiva, o Transtorno da Personalidade Esquizóide e o Transtorno da Personalidade Esquizotípica caracterizam-se por isolamento social. Entretanto, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva desejam relacionar-se com outras pessoas e sentem profundamente sua solidão, ao passo que aqueles com Transtorno da Personalidade Esquizóide ou Esquizotípica podem estar satisfeitos e até mesmo preferir o isolamento social. O Transtorno da Personalidade Paranóide e o Transtorno da Personalidade Esquiva caracterizam-se, ambos, por uma relutância a confiar nos outros. Entretanto, no Transtorno da Personalidade Esquiva, esta relutância deve-se mais ao medo de passar vergonha ou de ser considerado inadequado do que a um medo de que os outros tenham más intenções. O Transtorno da Personalidade Esquiva deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos físicos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser distinguido de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Muitos indivíduos exibem traços de personalidade esquiva, porém eles apenas constituem um Transtorno da Personalidade Esquiva quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

Critérios Diagnósticos para F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva

Um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos quatro dos seguintes critérios:

(1) evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição (2) reluta a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de sua estima

(3) mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de ser envergonhado ou ridicularizado

(4) preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais[627]

(5) inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação

(6) vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atrativos pessoais ou inferior

(7) extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas poderiam ser embaraçosas..

## **F60.7 - 301.6 - Personalidade Dependente**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Dependente é uma necessidade invasiva e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e ao medo da separação. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e submissos visam a obter atenção e cuidados e surgem de uma percepção de si mesmo como incapaz de funcionar adequadamente sem o auxílio de outras pessoas. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente têm grande dificuldade em tomar decisões corriqueiras (por ex., que cor de camisa usar para ir ao trabalho ou se devem levar o guarda-chuva) sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento da parte dos outros (Critério 1). Esses indivíduos tendem a ser passivos e a permitir que outras pessoas (frequentemente uma única pessoa) tomem iniciativas e assumam a responsabilidade pela maioria das áreas importantes de suas vidas (Critério 2). Os adultos com este transtorno tipicamente dependem de um dos pais ou do cônjuge para decidir onde devem viver, que tipo de trabalho devem ter e com que vizinhos devem fazer amizade. Os adolescentes com o transtorno podem permitir que seus pais decidam o que devem vestir, com quem devem sair, como devem passar seu tempo livre e que faculdade devem cursar. Esta necessidade de que os outros assumam a responsabilidade extrapola os pedidos de auxílio adequados à idade e à situação (por ex., as necessidades específicas de crianças, pessoas idosas e pessoas deficientes). O Transtorno da Personalidade Dependente pode ocorrer em um indivíduo que possui uma

séria condição médica geral ou deficiência, mas nestes casos a dificuldade em assumir responsabilidades deve ir além daquela que normalmente estaria associada a esta condição ou deficiência. Como temem perder o apoio ou aprovação, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente muitas vezes têm dificuldade em expressar discordância de outras pessoas, especialmente aquelas das quais dependem (Critério 3). Esses indivíduos sentem-se tão incapazes de funcionar sozinhos que preferem concordar com coisas que consideram erradas, a se arriscarem à perda da ajuda daqueles em quem buscam orientação. Eles não ficam zangados quando seria adequado com as pessoas cujo apoio e atenção necessitam, por medo de afastá-las. Se as preocupações do indivíduo relativas às conseqüências de expressar discordância são realistas (por ex., temores realistas de retribuição de um cônjuge abusivo), o comportamento não deve ser considerado uma evidência de Transtorno da Personalidade Dependente. Os indivíduos com este transtorno têm dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas de maneira independente (Critério 4). Eles carecem de autoconfiança e acreditam que precisam de auxílio para iniciar e realizar suas tarefas. Eles esperam que os outros "dêem a partida", por acreditarem que, via de regra, os outros sabem fazer melhor. [628]Estes indivíduos têm a convicção de serem incapazes de funcionar de modo independente e se apresentam como ineptos e carentes de constante auxílio. Entretanto, tendem a funcionar adequadamente quando recebem a garantia de que receberão supervisão e aprovação de outra pessoa. Eles podem ter medo de parecer ou de tornar-se mais competentes, por acreditar que isto levará ao abandono. Uma vez que confiam nos outros para a solução de seus problemas, freqüentemente não aprendem as habilidades de uma vida independente, desta forma perpetuando a dependência. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente podem ir a extremos para obterem carinho e apoio, chegando ao ponto de se oferecerem para realizar tarefas desagradáveis, se este comportamento for capaz de trazer-lhes os cuidados de que necessitam (Critério 5). Eles dispõem-se a fazer as vontades dos outros, mesmo que as exigências sejam irracionais. Sua necessidade de manter um vínculo emocional importante freqüentemente resulta em relacionamentos desequilibrados ou distorcidos. Eles podem fazer sacrifícios extraordinários ou tolerar abuso verbal, físico ou sexual (cabe notar que este comportamento deve ser considerado evidência de Transtorno da Personalidade Dependente apenas quando for claramente estabelecido que o indivíduo não dispõem de outras opções). Os indivíduos com este transtorno sentem desconforto ou desamparo quando estão sozinhos, pelo medo exagerado de serem incapazes de cuidar de si próprios (Critério 6). Eles podem "ficar colados" em outras pessoas importantes em suas vidas apenas para não ficar sozinhos, mesmo que não tenham interesse ou envolvimento no que está acontecendo. Quando um relacionamento significativo termina (por ex., rompimento de um namoro; morte de um dos pais), os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente podem sair urgentemente em busca de outro relacionamento que ofereça os cuidados e o apoio de que necessitam (Critério 7). A crença em sua incapacidade de funcionar na ausência de um relacionamento íntimo motiva estes indivíduos a se envolverem rápida e indiscriminadamente com outra pessoa. Os indivíduos com este transtorno em geral se preocupam com temores de que serão abandonados à própria sorte (Critério 8). Eles se vêem como tão dependentes dos conselhos e ajuda de outra pessoa, que se preocupam com um abandono

da parte desta, mesmo quando não há justificativa para esses temores. Para serem considerados evidências deste critério, os temores devem ser excessivos e irrealistas. Por exemplo, um homem idoso com câncer que se muda para a casa de um filho para obter auxílio apresenta um comportamento dependente adequado, dadas as suas circunstâncias de vida.

## Características e Transtornos Associados

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente muitas vezes se caracterizam por pessimismo e insegurança, tendem a menosprezar suas capacidades e realizações e podem constantemente referir a si mesmos como "tolos". Eles tomam críticas e reprimendas como provas de sua inutilidade e perdem a autoconfiança. Eles podem procurar ser superprotegidos e dominados pelos outros. O funcionamento ocupacional pode ficar comprometido se exigir a iniciativa independente. Eles podem evitar posições de responsabilidade e ficar ansiosos quando existe a necessidade inadiável de tomar uma decisão. As relações sociais tendem a se limitar àquelas poucas pessoas das quais o indivíduo é dependente. Pode haver um maior risco de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Ajustamento. O Transtorno da Personalidade Dependente muitas vezes co-ocorre com outros Transtornos da Personalidade, especialmente Transtornos da Personalidade Borderline, Esquiva e Histriônica. Uma doença física crônica ou um Transtorno de Ansiedade de Separação na infância ou adolescência podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento deste transtorno.

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O grau em que os comportamentos dependentes são considerados adequados varia substancialmente entre os diferentes grupos etários e sócio-culturais. Fatores etários e culturais precisam ser considerados na avaliação do limiar diagnóstico. O comportamento dependente deve ser considerado característico do transtorno apenas quando nitidamente excede as normas culturais do indivíduo ou reflete preocupações irrealistas. Uma ênfase na passividade, delicadeza e tratamento respeitoso é característica de algumas sociedades e pode ser interpretada erroneamente como traços de Transtorno da Personalidade Dependente. Da mesma forma, as sociedades podem apoiar e desencorajar de modo diferenciado o comportamento dependente em homens e mulheres. Este diagnóstico deve ser usado com grande cautela, se é que se aplica, em crianças e adolescentes, para os quais um comportamento dependente pode ser adequado em termos evolutivos. Em contextos clínicos, este transtorno é diagnosticado com maior frequência em mulheres; entretanto, a taxa deste transtorno entre os sexos não difere significativamente da proporção geral do sexo feminino dentro do respectivo contexto clínico. Além disso, alguns estudos usando avaliações estruturadas relatam taxas similares de prevalência entre homens e mulheres.

## Prevalência

O Transtorno da Personalidade Dependente está entre os Transtornos da Personalidade mais frequentemente relatados em clínicas de saúde mental.

## Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Dependente deve ser diferenciado da dependência que surge como conseqüência de transtornos do Eixo I (por ex., Transtornos do Humor, Transtorno de Pânico e Agorafobia) e em decorrência de condições médicas gerais. O Transtorno da Personalidade Dependente tem um início precoce, um curso crônico e um padrão de comportamento que não ocorre exclusivamente durante um transtorno do Eixo I ou do Eixo III. Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Dependente por terem certos aspectos em comum, de modo que é importante distinguir esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Dependente, todos podem ser diagnosticados. Embora muitos Transtornos da Personalidade se caracterizem por aspectos de dependência, o Transtorno da Personalidade Dependente pode ser diferenciado por seu comportamento predominantemente submisso, reativo e aderente. Tanto o Transtorno da Personalidade Dependente quanto o Transtorno da Personalidade Borderline caracterizam-se pelo medo do abandono; entretanto, o indivíduo com Transtorno da Personalidade Borderline reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, ao passo que o indivíduo com Transtorno da Personalidade Dependente reage com crescente humildade e submissão e busca urgentemente um relacionamento substituto, que lhe ofereça atenção e apoio. O Transtorno da Personalidade Borderline pode ainda ser distinguido do Transtorno da Personalidade Dependente por um padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Histriônica, como no Transtorno da Personalidade Dependente, têm uma forte necessidade de reasseguramento e aprovação, podendo parecer infantis e demasiadamente apegados. Entretanto, à diferença do Transtorno da Personalidade Dependente, que se caracteriza por uma auto-anulação e comportamento dócil, o Transtorno da Personalidade Histriônica caracteriza-se por uma exuberância gregária, com exigência ativa de atenção. Tanto o Transtorno da Personalidade Dependente quanto o Transtorno da Personalidade Esquiva caracterizam-se por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade a críticas e necessidade de reasseguramento; contudo, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Esquiva têm um medo tão grande da humilhação e rejeição, que se retraem até terem certeza de que serão aceitos. Em contrapartida, os indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente têm um padrão de busca e manutenção de conexões com outras pessoas que lhes são importantes, ao invés de evitarem e se absterem de relacionamentos. O Transtorno da Personalidade Dependente deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços

emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser diferenciado de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Muitos indivíduos exibem traços de personalidade dependente, mas estes traços apenas constituem um Transtorno da Personalidade Dependente quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

### Critérios Diagnósticos para F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente

Uma necessidade invasiva e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e a temores de separação, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:

- (1) dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento da parte de outras pessoas
- (2) necessidade de que os outros assumam a responsabilidade pelas principais áreas de sua vida
- (3) dificuldade em expressar discordância de outros, pelo medo de perder o apoio ou aprovação. Nota: Não incluir temores realistas de retaliação
- (4) dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (em vista de uma falta de autoconfiança em seu julgamento ou capacidades, não por falta de motivação ou energia)
- (5) vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis
- (6) sente desconforto ou desamparo quando só, em razão de temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si próprio
- (7) busca urgentemente um novo relacionamento como fonte de carinho e amparo, quando um relacionamento íntimo é rompido
- (8) preocupação irrealista com temores de ser abandonado à sua própria sorte.

### **Transtorno de Personalidade**

- Transtorno da Personalidade INTRODUÇÃO
- Transtorno da Personalidade Paranóide



- Transtorno da Personalidade Esquizóide
- Transtorno da Personalidade Esquizotípica
- Transtorno da Personalidade Anti-Social
- Transtorno da Personalidade Borderline
- Transtorno da Personalidade Histriônica
- Transtorno da Personalidade Narcisista
- Transtorno da Personalidade Esquiva
- Transtorno da Personalidade Dependente
- Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva
- Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação

## **F60.5 - 301.4 - Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

### Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é uma preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, às custas da flexibilidade, abertura e eficiência. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva tentam manter um sentimento de controle através de uma atenção extenuante a regras, detalhes triviais, procedimentos, listas, horários ou formalidades, chegando a perder o ponto mais importante da atividade (Critério 1). Eles são excessivamente cuidadosos e propensos à repetição, dando extraordinária atenção a detalhes e verificando repetidamente, em busca de possíveis erros. Estas pessoas não percebem que os outros tendem a ficar muito aborrecidos com os atrasos e inconveniências que resultam de seu comportamento. Por exemplo, quando extraviam uma lista de coisas a fazer, passam um período de tempo incomum procurando-a, ao invés de dispenderem alguns momentos recriando-a de memória e seguirem com a realização das tarefas. O seu tempo é mal distribuído, sendo as tarefas mais importantes deixadas para a última hora. O perfeccionismo e os altos padrões auto-impostos de desempenho causam disfunção e sofrimento significativos nesses indivíduos, que podem envolver-se tanto na tarefa de tornar cada detalhe de um projeto absolutamente perfeito, a ponto de jamais terminá-lo (Critério 2). Por exemplo, a redação de um relatório é atrasada por numerosas revisões demoradas que jamais estão "perfeitas". Prazos são perdidos, e os aspectos da vida do indivíduo que não são o foco de atividade atual podem ser deixados de lado. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva demonstram excessiva dedicação ao trabalho e à produtividade, chegando à exclusão de atividades de lazer e amizades (Critério 3). Este comportamento não é explicado por necessidades econômicas. Eles freqüentemente julgam que não têm tempo para tirar uma noite ou um fim-de-semana de folga para sair ou simplesmente relaxar. Eles podem adiar indefinidamente uma atividade recreativa, como as férias, de modo que esta pode jamais ocorrer. Quando chegam a fazê-lo, sentem muito desconforto, a menos que tenham levado consigo algo em que trabalhar, de modo a não "perderem tempo". Pode haver muita concentração em tarefas domésticas (por ex., limpeza excessiva e repetida, de modo que "se poderia comer do chão"). Quando passam algum tempo com amigos, isto tende a

ocorrer em alguma atividade formalmente organizada (por ex., um evento esportivo). Passatempos ou atividades recreativas são abordados como tarefas sérias, que exigem meticulosa organização e trabalho árduo. A ênfase está em um desempenho perfeito. Estes indivíduos transformam brincadeiras em uma tarefa estruturada (por ex., corrigir um bebê por não encaixar argolas em um pino na ordem correta; ensinar uma criança pequena a andar em linha reta em seu triciclo; transformar um jogo de futebol em uma penosa "aula"). Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva podem ser excessivamente conscienciosos, escrupulosos e inflexíveis acerca de questões relativas à moralidade, ética ou valores (Critério 4). Eles podem forçar a si mesmos e a outros a seguirem princípios morais rígidos e padrões muito estritos de desempenho. Essas pessoas também podem ser implacáveis na autocrítica dos próprios erros. Os indivíduos com este transtorno têm um respeito rígido para com autoridades e regras e insistem em uma obediência ao pé da letra, sem qualquer flexibilidade de regras sob circunstâncias atenuantes. Um indivíduo, por exemplo, pode não emprestar uma ficha para um amigo que necessita utilizar o telefone público, porque "deve-se aprender a andar com as próprias pernas" ou porque isto seria "mau" para o caráter dessa pessoa. Essas qualidades não devem ser explicadas pela identificação cultural ou religiosa do indivíduo. Os indivíduos com este transtorno podem ser incapazes de jogar fora objetos usados ou inúteis, mesmo quando não possuem valor sentimental (Critério 5), freqüentemente admitindo ser "guardadores de entulho". Eles consideram um desperdício desfazer-se de coisas porque "nunca se sabe quando algo pode ser útil" e ficam aborrecidos se alguém tenta se livrar das coisas que guardaram. Seus companheiros ou colegas podem queixar-se da quantidade de espaço tomado por velharias, revistas, aparelhos quebrados e assim por diante. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva são avessos a delegar tarefas ou a trabalhar com outras pessoas (Critério 6). Eles insistem, de maneira teimosa e irracional, que tudo seja feito à sua maneira e que as pessoas se amoldem a seu jeito de fazer as coisas. Estas pessoas freqüentemente dão instruções muito detalhadas acerca de como tudo deve ser feito (por ex., existe um, e somente um, modo de aparar o gramado, lavar os pratos, construir uma casinha de cachorro) e ficam surpresas e irritadas se outros sugerem alternativas criativas. Em outros momentos, podem rejeitar ofertas de auxílio, mesmo quando estão com prazos vencidos, por acreditarem que ninguém mais poderá fazer as coisas corretamente. Os indivíduos com este transtorno podem ser miseráveis e mesquinhos e manter um padrão de vida bem abaixo daquele que seria possível, acreditando que os gastos devem ser rigidamente controlados, a fim de se precaverem de futuras catástrofes (Critério 7). Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva caracterizam-se por rigidez e teimosia (Critério 8). Eles preocupam-se tanto acerca de que as coisas sejam feitas do modo "correto", que têm dificuldade em concordar com as idéias de qualquer outra pessoa. Esses indivíduos fazem planos minuciosamente detalhados e são avessos a mudanças. Totalmente envolvidos em sua própria perspectiva, eles têm dificuldade em ceder aos pontos-de-vista de outros. Amigos e colegas podem frustrar-se com sua constante rigidez. Ainda que os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva reconheçam que seria melhor para eles próprios se

aceitassem opiniões, eles podem recusar-se teimosamente a fazê-lo, argumentando que se trata do "espírito da coisa".

## Características e Transtornos Associados

Quando as regras e procedimentos estabelecidos não ditam a resposta correta, a tomada de decisões pode tornar-se um processo demorado e freqüentemente árduo. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva podem ter tamanha dificuldade em decidir que tarefas assumem prioridade ou qual é o melhor meio de realizar determinada tarefa, que podem jamais sequer iniciar qualquer coisa. Eles tendem a ficar desconcertados ou irados em situações nas quais não conseguem manter o controle de seu ambiente físico ou interpessoal, embora a raiva tipicamente não seja expressada de maneira direta. Uma pessoa, por exemplo, pode ficar zangada com o mau atendimento em um restaurante, mas ao invés de se queixar à gerência, ruma acerca da quantia a ser dada como gorjeta. Em outras ocasiões, a raiva pode ser expressada por indignação acerca de algo aparentemente sem importância. As pessoas com este transtorno podem dar especial atenção à sua posição nos relacionamentos de domínio-submissão, podendo demonstrar excessiva deferência a uma autoridade que respeitam e excessiva resistência à autoridade que não respeitam. Os indivíduos com este transtorno em geral expressam afeição de uma forma altamente controlada ou contida e podem sentir grande desconforto na presença de outros com maior expressão emocional. Seus relacionamentos cotidianos têm uma qualidade formal e séria, podendo mostrar-se rígidos em situações nas quais outras pessoas sorririam e se mostrariam alegres (por ex., ao receber uma pessoa querida no aeroporto). Eles têm o cuidado de se conterem até estarem certos de que o que disserem estará perfeito. Estas pessoas podem preocupar-se com a lógica e o intelecto, e mostrar-se intolerantes para com o comportamento afetivo dos outros. Muitas vezes têm dificuldade em expressar sentimentos de ternura, raramente fazendo elogios. Os indivíduos com este transtorno podem experimentar sofrimento e dificuldades no trabalho, particularmente quando se defrontam com novas situações que exigem flexibilidade e colaboração. Embora alguns estudos sugiram uma associação com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, parece que a maioria dos indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo não possui um padrão de comportamento que satisfaça os critérios para o Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva. Muitas características do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva sobrepõem-se às características de personalidade do "tipo A" (por ex., hostilidade, competitividade e urgência de tempo), e estas características podem estar presentes em pessoas em risco para infarto do miocárdio. Pode haver uma associação entre Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva e Transtornos do Humor e de Ansiedade.

## Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Ao avaliar um indivíduo para a presença de um Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, o clínico não deve incluir os comportamentos que refletem hábitos, costumes ou estilos interpessoais culturalmente sancionados pelo grupo de referência do indivíduo. Certas culturas colocam uma ênfase substancial no trabalho e na produtividade; os comportamentos resultantes em membros destas sociedades não precisam ser considerados indícios de Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva. Em estudos sistemáticos, o transtorno parece ser diagnosticado duas vezes mais entre os homens.

## Prevalência

Estudos que utilizaram uma avaliação sistemática sugerem estimativas de que a prevalência do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva seja de cerca de 1% em amostras comunitárias e de cerca de 3-10% entre os indivíduos que procuram clínicas de saúde mental.

## Diagnóstico Diferencial

Apesar das semelhança de nomes, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo em geral é facilmente distinguido do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva pela presença de verdadeiras obsessões e compulsões. Um diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser considerado especialmente quando o hábito de armazenar é extremo (por ex., pilhas de objetos inúteis que representam perigo de incêndio e dificultam a passagem). Quando são satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, os dois diagnósticos devem ser registrados. Outros Transtornos da Personalidade podem ser confundidos com o Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva por terem certos aspectos em comum, de modo que é importante fazer a distinção entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem características de personalidade que satisfazem os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade além do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, todos podem ser diagnosticados. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Narcisista também podem professar um compromisso com o perfeccionismo e crer que os outros não conseguem realizar as tarefas tão bem quanto eles, porém tendem mais a acreditar que já atingiram a perfeição, ao passo que no Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva em geral existe autocrítica. Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social ou Narcisista não têm generosidade, mas são auto-indulgentes, ao passo que aqueles com Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva adotam um estilo miserável em relação aos gastos consigo mesmos e com outros. Tanto o Transtorno da Personalidade Esquizóide quanto o Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva podem caracterizar-se por formalidade e distanciamento social; no Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, isto deriva de um desconforto com as emoções e de uma excessiva dedicação ao trabalho, ao passo que no Transtorno da Personalidade Esquizóide existe uma falta básica da capacidade

para a intimidade. O Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva deve ser distinguido de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, na qual os traços emergem devido aos efeitos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema nervoso central. Ele também deve ser distinguido de sintomas que podem desenvolver-se em associação com o uso crônico de substâncias (por ex., Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação). Traços moderados de personalidade obsessivo-compulsiva podem ser especialmente adaptativos, particularmente em situações que gratificam um alto desempenho. Apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos, persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, esses traços constituem um Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

## Critérios Diagnósticos para F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade

### Obsessivo-Compulsiva

Um padrão invasivo de preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, às custas da flexibilidade, abertura e eficiência, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos quatro dos seguintes critérios:

- (1) preocupação tão extensa, com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários, que o ponto principal da atividade é perdido
- (2) perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (por ex., é incapaz de completar um projeto porque não consegue atingir seus próprios padrões demasiadamente rígidos)
- (3) devotamento excessivo ao trabalho e à produtividade, em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade econômica)
- (4) excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicados por identificação cultural ou religiosa)
- (5) incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental
- (6) relutância em delegar tarefas ou ao trabalho em conjunto com outras pessoas, a menos que estas se submetam a seu modo exato de fazer as coisas

(7) adoção de um estilo miserável quanto a gastos pessoais e com outras pessoas; o dinheiro é visto como algo que deve ser reservado para catástrofes futuras

(8) rigidez e teimosia.

### **F60.9 - 301.9 Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação**

Esta categoria serve para transtornos do funcionamento da personalidade que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade específico. Um exemplo disto é a presença de características de mais de um Transtorno da Personalidade específico que não satisfazem todos os critérios para qualquer Transtorno da Personalidade ("personalidade mista"), mas que, juntas, causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento (por ex., social ou ocupacional). Esta categoria também pode ser usada quando o clínico julga que seria apropriado diagnosticar um Transtorno da Personalidade específico não incluído na Classificação, como, por exemplo, transtorno da personalidade depressiva e transtorno da personalidade passivo-agressiva (ver pp. 690-692, para critérios sugeridos para pesquisas).